



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file Votre référence

Our file Notre référence

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

Canada

**Conception, production et évaluation
d'une foire de la santé cardio-vasculaire**

Lucie Delisle

**Mémoire présenté
au
Département des Sciences de l'Éducation**

**comme exigence partielle en vue de l'obtention
du grade de Maîtrise ès arts (M.A.)
Université Concordia
Montréal, Québec, Canada**

Mars 1994

© Lucie Delisle, 1994



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file Votre référence

Our file Notre référence

THE AUTHOR HAS GRANTED AN
IRREVOCABLE NON-EXCLUSIVE
LICENCE ALLOWING THE NATIONAL
LIBRARY OF CANADA TO
REPRODUCE, LOAN, DISTRIBUTE OR
SELL COPIES OF HIS/HER THESIS BY
ANY MEANS AND IN ANY FORM OR
FORMAT, MAKING THIS THESIS
AVAILABLE TO INTERESTED
PERSONS.

L'AUTEUR A ACCORDE UNE LICENCE
IRREVOCABLE ET NON EXCLUSIVE
PERMETTANT A LA BIBLIOTHEQUE
NATIONALE DU CANADA DE
REPRODUIRE, PRETER, DISTRIBUER
OU VENDRE DES COPIES DE SA
THESE DE QUELQUE MANIERE ET
SOUS QUELQUE FORME QUE CE SOIT
POUR METTRE DES EXEMPLAIRES DE
CETTE THESE A LA DISPOSITION DES
PERSONNE INTERESSEES.

THE AUTHOR RETAINS OWNERSHIP
OF THE COPYRIGHT IN HIS/HER
THESIS. NEITHER THE THESIS NOR
SUBSTANTIAL EXTRACTS FROM IT
MAY BE PRINTED OR OTHERWISE
REPRODUCED WITHOUT HIS/HER
PERMISSION.

L'AUTEUR CONSERVE LA PROPRIETE
DU DROIT D'AUTEUR QUI PROTEGE
SA THESE. NI LA THESE NI DES
EXTRAITS SUBSTANTIELS DE CELLE-
CI NE DOIVENT ETRE IMPRIMES OU
AUTREMENT REPRODUITS SANS SON
AUTORISATION.

ISBN 0-315-97594-6

Canada

SOMMAIRE

**Conception, production et évaluation
d'une foire de la santé cardio-vasculaire**

Lucie Delisle

Une foire de la santé appelée "Village Santé" a été offerte par la Direction de la santé communautaire de Cité de la Santé de Laval au printemps 1993. La production de l'événement s'est inspirée principalement de l'approche proposée par Ritchie (1976) tandis que l'évaluation sommative a repris quelques aspects des études menées par les auteurs Clark (1985) et Bryan et coll. (1991).

L'évaluation sommative visait à dresser le profil socio-sanitaire des participants de 18 ans et plus au Village Santé et à établir le portrait d'intention de changement de comportement en rapport avec les habitudes de vie, de changement de comportement et d'impact sur les connaissances deux semaines après l'événement.

Deux questionnaires ont été développés et validés. Le premier questionnaire a été administré auprès d'un échantillon aléatoire composé de 556 participants de 18 ans et plus identifiés au Village Santé. De ces 556 répondants, 435 ont consenti à être rappelés deux semaines plus tard. Finalement, 338 personnes ont pu être rejointes et répondre au second questionnaire.

Les principaux résultats de l'étude ont démontré que le Village Santé était une activité familiale. Les participants étaient semblables à leurs compatriotes Québécois au niveau des habitudes de vie sauf qu'il y avait moins de fumeurs réguliers et de personnes avec un IMC supérieur ou égal à 25 chez nos sujets. À l'exception des données sur l'IMC, autant de répondants ayant de "mauvaises" habitudes de vie que ceux ayant des "bonnes" habitudes de vie, avaient l'intention de changer leur comportement ou avaient entrepris ou effectué des changements de comportement dans les deux semaines suivant l'événement.

De plus, l'enquête a démontré qu'entre 45 et 80 % des répondants, suite au Village Santé, ont déclaré avoir diminué leur consommation de gras (80 %), parlé à leur-s enfant-s des effets nocifs de la cigarette (75 %), essayé le sachet de fines herbes distribué afin de remplacer le sel (51 %) et remplacé une consommation d'alcool par une boisson non alcoolisée à au moins une occasion (45 %). Entre le quart et le tiers des sujets avaient augmenté leur fréquence de l'activité physique, diminué la quantité de cigarettes fumées et entrepris une démarche pour perdre du poids. Finalement, la majorité des répondants (92,6 %) aimeraient que le Village Santé se répète chaque année.

Les résultats de cette étude témoignent du fait que l'événement a permis de rejoindre un grand nombre de personnes et soulève la possibilité, tout comme d'autres enquêtes (Bryan et coll., 1991; Clark, 1985), que les foires de la santé peuvent avoir un impact positif sur les connaissances et les comportements à risque à court terme.

Le Village Santé pourrait éventuellement élargir son contenu à d'autres sujets de santé qui concernent la famille et rendre disponible sur place, un service d'inscription aux différentes activités qui encouragent le maintien et l'adoption de saines habitudes de vie à long terme.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Docteur Danielle Laurier qui m'a confié ce projet et qui, maintes fois, m'a conseillée au niveau de l'élaboration du plan de production et de la conception des messages.

Je remercie particulièrement Madame Lucille Pica pour son travail exceptionnel au niveau de l'évaluation, tous les collègues de la Direction de la Santé publique de Laval qui ont participé à la production et à l'évaluation du Village Santé, Docteur Gary Boyd et Docteur Mariela Tovar pour leur implication, Docteur Jon Baggaley qui a donné le coup d'envol à ce mémoire et Docteur Gary Coldevin qui a veillé à ce que ce projet se concrétise finalement comme mémoire de maîtrise.

Des remerciements spéciaux et une grande reconnaissance à Madame Claire Delisle et Monsieur Roger Delisle pour leur support et leurs encouragements tout au long de mes études.

TABLE DES MATIÈRES

	page
INTRODUCTION	1
PREMIER CHAPITRE - Le contexte éducationnel	3
DEUXIÈME CHAPITRE - Revue de littérature	8
TROISIÈME CHAPITRE - Conception du plan de production	
3.1 Le modèle suivi	17
3.2 Halte Tension artérielle	19
3.3 Halte Activité physique	20
3.4 Halte Alimentation	21
3.5 Halte Tabac	22
3.6 Halte Multifactorielle	23
3.7 Halte Loisirs et voyages	23
3.8 Halte Réanimation cardio-respiratoire	24
3.9 Halte Dessin et bricolage	24
3.10 Alternative en cas de pluie	25
QUATRIÈME CHAPITRE - Méthodologie	
4.1 Évaluation sommative	26
4.2 Objectifs	27
4.3 Instruments d'évaluation	28
4.4 Procédure d'échantillonnage	29
4.5 Devis d'évaluation	29
4.6 Procédure d'évaluation	30
4.7 Analyse des données	33
CINQUIÈME CHAPITRE - Résultats du premier questionnaire	
5.1 Caractéristiques socio-démographiques et au sujet de la présence	35
5.2 Modes de publicité.....	36
5.3 Habitudes de vie	36
5.4 Connaissances	38
5.5 Comparaison des données des répondants lavallois à celles des répondants non lavallois	40

SIXIÈME CHAPITRE - Résultats du deuxième questionnaire

6.1	Caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques des répondants, deux semaines plus tard	52
6.2	Intention de changer un comportement et changement de comportement....	53
	I- Intention de changer de comportement deux semaines plus tard	53
	II- Changement de comportement, s'il y a lieu.....	55
	III- Intention de changement de comportement et changement de comportement selon les catégories de "mauvaises" et "bonnes" habitudes de vie	56
6.3	Connaissances sur la santé du coeur deux semaines plus tard.....	58
6.4	Appréciation des activités du Village Santé	58

SEPTIÈME CHAPITRE - Discussion et conclusion	66
---	-----------

RÉFÉRENCES	71
-------------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE	74
----------------------------	-----------

LISTE DES ANNEXES

	page
ANNEXE 1:	
Répartition de la population lavalloise (recensement 1991) comparativement aux répondants présents au Village Santé le 30 mai 1993, par groupe d'âge	76
ANNEXE 2A:	
Caractéristiques socio-démographiques et au sujet de la présence selon le lieu de résidence.....	77
ANNEXE 2B:	
L'endroit où les participants avaient entendu parler de la Fête de la Santé du Coeur selon le lieu de résidence.....	78
ANNEXE 2C:	
Habitudes de vie selon le lieu de résidence.....	79
ANNEXE 3A:	
Premier questionnaire	80
ANNEXE 3B:	
Deuxième questionnaire.....	82
ANNEXE 3C:	
Grille d'analyse	88
ANNEXE 4:	
Dénombrement des participants et de la documentation distribuée ainsi que commentaires et recommandations des responsables des haltes	89
ANNEXE 5:	
Estimation des ressources humaines consacrées à la production et l'évaluation du Village Santé.....	93
ANNEXE 6A:	
Estimation des coûts de production du Village Santé.....	94
ANNEXE 6B:	
Estimation des coûts d'évaluation du Village Santé.....	95

INTRODUCTION

Les fêtes de quartier et les foires de la santé se sont montrées des stratégies efficaces pour rejoindre un grand nombre de personnes. La question demeure à savoir si ces activités sont efficaces en terme de stratégie de promotion de la santé pour informer et persuader des populations cibles d'essayer et d'adopter de nouveaux comportements qui supportent une qualité de vie et une longévité.

Au printemps 1993, la Direction de la santé communautaire de Cité de la Santé de Laval développait la troisième édition d'une foire de la santé cardio-vasculaire appelée "Village Santé". Le Village Santé s'inscrivait dans le cadre de la "Fête de la Santé du Coeur" qui avait lieu, dimanche le 30 mai 1993, au Centre de la Nature à Laval.

Le but du Village Santé consistait à informer les Lavalloises et Lavallois de tout âge des moyens accessibles pour améliorer la santé cardio-vasculaire dans un contexte de fête familiale. Une soixantaine d'intervenants ont animé une panoplie d'activités éducatives et amusantes regroupées dans huit haltes. En tout, six thèmes ont été présentés à la population lavalloise, soit: la tension artérielle; l'activité physique; l'alimentation; le tabagisme; la réanimation cardio-respiratoire; et les activités récréatives et touristiques.

Le Village Santé, édition 1993, a été évalué par la Direction de la santé communautaire de Cité de la Santé de Laval. Il y a eu administration d'un premier questionnaire par des interviewers sur le site lors de l'événement et d'un second, par téléphone, deux semaines après la Fête de la Santé du Coeur. Cette évaluation a permis d'obtenir une description socio-démographique et un profil des habitudes de vie des visiteurs du Village Santé, âgés de 18 ans et plus, et d'établir un portrait des connaissances, des intentions de changement de comportement et des changements de comportement des participants deux semaines après l'événement relativement aux thèmes abordés dans les différentes haltes.

De plus, une brève évaluation de processus a été menée afin de: dénombrer les participants et la documentation distribuée; obtenir les commentaires et les recommandations des responsables des haltes; et faire le compte des ressources humaines et financières qui ont été consacrées à la production et l'évaluation du Village Santé.

Ce mémoire traite de la conception et de l'évaluation d'une foire de la santé cardiovasculaire et présente les résultats statistiques de l'événement. Quelques recommandations sont également apportées quant à la segmentation de marché et aux possibilités futures pour le même type d'événement.

PREMIER CHAPITRE

Le contexte éducationnel

Le Village Santé doit sa pertinence au fait qu'à Laval comme dans d'autres régions du Québec et du Canada, les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont la principale cause de décès chez les adultes (MSSS, 1986). Elles sont responsables d'environ 40 % de tous les décès enregistrés (ESQ-SCV, 1990). De plus, les MCV constituent la première cause d'hospitalisation chez les hommes et la quatrième chez les femmes (Pica et al, 1990). Les MCV sont donc responsables de nombreuses années potentielles de vie perdues et de coûts élevés d'hospitalisation.

Au chapitre des facteurs de risque qui prédisposent au développement des MCV, on constate que le quart des Lavallois âgés entre 30 et 69 ans seraient hypertendus. Plus de la moitié des hypertendus ignoreraient leur condition et seuls 15 % seraient connus et traités (Pica et al, 1990). De plus, 34 % des Lavalloises et 30% des Lavallois fumeraient régulièrement. Parmi ceux-ci, hommes ou femmes, 40 % seraient âgés entre 30 et 44 ans (ESQ-SCV 1986). Par ailleurs, près du quart des adultes consommeraient 40 % ou plus de leurs calories sous formes de lipides (Gagnon et Shatenstein, 1989). Finalement, parmi les Lavallois âgés entre 30 et 69 ans, plus de 50 %, présenteraient un surpoids (Pica et al, 1990).

Hors, l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie réduiraient les risques de développer une MCV. Les études sur la baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires depuis 1964 aux États-Unis indiquent que les changements obtenus dans les facteurs de risque comportementaux, et en particulier en tabagisme, consommation de gras et contrôle de l'hypertension, seraient responsables de la plus grande part de ce déclin (Goldman et Cock, 1984; Pell et Fayerwhether, 1985).

Parmi les approches de santé publique pour réduire les maladies cardio-vasculaires, l'approche de prévention primaire au niveau communautaire a retenu beaucoup l'attention

aux États-Unis et ailleurs. Les résultats obtenus démontrent que cette approche a eu un impact sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, mais surtout sur le tabagisme, la tension artérielle, l'alimentation et le profil lipidique (Shea and Bash, 1990a, b).

Dans son document d'orientation d'avril 1989, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux proposait de réduire de 20 % d'ici l'an 2000, la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires. Pour y arriver, il suggérait l'amélioration des habitudes de vie, de même que l'amélioration du dépistage et du contrôle de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie. Les habitudes de vie retenues comme facteurs de risque modifiables des maladies cardio-vasculaires incluent les habitudes alimentaires, l'usage du tabac et la pratique de l'activité physique.

C'est dans ce contexte que la Direction de santé communautaire de Cité de la Santé de Laval a développé et offert une activité multifactorielle de prévention primaire au niveau communautaire dans le cadre de la Fête de la Santé du Coeur, soit une foire de la santé portant sur le promotion de saines habitudes de vie reliées à la santé cardio-vasculaire. L'activité visait les familles lavalloises en privilégiant l'alimentation réduite en matières grasses, la pratique régulière de l'activité physique, l'abstinence tabagique, le poids-santé, la consommation modérée d'alcool et de sel ainsi que les activités de loisir et les voyages pour la famille.

La modification de comportement demeure un objectif important en santé publique, tant au niveau du style de vie et du bien-être des individus que du point de vue des environnements qui supportent la mise en oeuvre de politiques de santé (Green et McAlister, 1984). Deux approches se distinguent pour actualiser la promotion de saines habitudes de vie: les communications de masse et interpersonnelles. Les communications interpersonnelles au Village Santé ont été assurées grâce à la participation de plusieurs acteurs dont des bénévoles, des professionnels, des intervenants du milieu des services, des groupes d'étudiants et des animateurs. Ce type de communication est reconnu pour

avoir une grande influence à cause de trois caractéristiques: la communication interpersonnelle amène de nombreux échanges avec les gens et favorise une meilleure connaissance des besoins et des réactions; elle permet l'établissement de relations interpersonnelles, qui, une fois établies, augmentent les chances d'atteindre les objectifs visés; et l'interaction stimule les gens à cheminer vers l'adoption de nouveaux comportements (Kotler et Roberto, 1989).

Les communications de masse représentaient la deuxième option pour influencer le changement de comportement. Celles-ci ont été assurées par des affiches, des bannières, des dépliants et des spectacles. Malgré que les communications de masse ont une influence plus faible que l'intervention face-à-face, elles permettent d'atteindre un plus grand nombre de personnes et d'offrir un meilleur rapport coût/efficacité.

Les changements s'opèrent souvent selon trois niveaux; soit au niveau des individus, des groupes et de la société. Les changements qui concernent les connaissances, les attitudes et les comportements relatifs à la santé relèvent des individus mais ils doivent être considérés dans le contexte social de ceux-ci. L'individu et son contexte social forme un tout. Ainsi un changement individuel sera largement influencé par les normes et les conditions sociales (Greene et Simons-Morton, 1984). Dans cet même ordre d'idée, le Village Santé a recherché et renforcé activement le partenariat pour connaître les besoins des milieux et des clientèles, pour s'enrichir de l'expérience d'organismes externes et pour multiplier l'impact de ses actions.

La vision d'un partenariat étendu en santé cardio-vasculaire et l'approche multifactorielle de l'événement a nécessité la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire pour travailler à la conception des activités. Cette participation des différents partenaires du milieu permet les échanges et favorise des actions concertées de façon à ce que d'autres activités promouvoient de saines habitudes de vie tout au long de l'année auprès des individus et des environnements dans lesquels ils évoluent. À Laval, plusieurs de ces partenaires participent déjà à la promotion de saines habitudes de vie: par exemple, une

station de radio diffuse des "capsules santé"; Kino-Québec implante des programmes d'activité physique pour différents groupes d'âge; le Centre Local de Services Communautaires des Mille Îles développe un programme de prévention et de promotion en santé cardio-vasculaire dans les entreprises lavalloises, la Fondation des maladies du coeur du Québec, secteur Laval, procure de la documentation écrite et appuie différentes activités de promotion et finalement le Centre Hospitalier de Cité de la Santé de Laval offre des cours d'abandon du tabac.

Puisque le choix d'un marché cible rend les communications beaucoup plus efficaces, la population visée a été segmentée d'après l'âge et les habitudes de vie. L'objectif de la segmentation était d'isoler les segments de la population cible qu'on avait le plus de chances de persuader et d'y concentrer les activités (Grunig, 1989; Lefebvre et Flora, 1988). Le plan de production du Village Santé précisait les groupes d'âge ciblés pour chacun des thèmes abordés dans les différentes haltes.

Plusieurs caractéristiques de la nouvelle idée ou du nouveau comportement en influencent l'adoption. Premièrement, l'idée ou le comportement doit être compatible avec la réalité que vivent les gens et adapté aux besoins de la population ciblée. Les individus semblent s'intéresser aux idées qui se rapprochent de leurs intérêts, attitudes et besoins déjà existants. L'innovation doit également avoir un niveau de complexité relativement bas pour favoriser l'adoption. De plus, l'adoption sera d'autant plus rapide si l'innovation peut être expérimentée et les résultats observables (Rogers et Shoemaker, 1971).

Ainsi, chaque thème a été développé en tenant compte de la diversité de la population ciblée et des observations des éditions précédentes du Village Santé. Par contre, aucune évaluation formelle n'était disponible puisque le Village Santé, édition 1993, était le premier à faire l'objet d'une évaluation. Plusieurs messages ont été proposés et présentés de façons variées pour rejoindre des objectifs de sensibilisation, de développement d'habiletés et d'accès à l'information en santé cardio-vasculaire. Les activités étaient conçues de façon à favoriser l'expérimentation de comportements. Le but poursuivi était de procurer de

l'information et des moyens accessibles à la population lavalloise afin d'acquérir, de maintenir ou d'améliorer des comportements qui favorisent la santé du coeur.

En conclusion, le Village Santé représentait un environnement non traditionnel pour faire de l'éducation en priorisant les habitudes de vie et les endroits qui supportent des modes de vie sains. De plus, il permettait d'identifier les besoins des gens pour faciliter le développement de programmes futurs. Finalement, cette stratégie de promotion de la santé semblait un moyen de communication d'information efficace et rentable s'inscrivant dans le contexte de promotion de la santé cardio-vasculaire à Laval.

DEUXIÈME CHAPITRE

Revue de littérature

Les foires de la santé représentent une stratégie de promotion de la santé qui offre une multitude de possibilités dans le choix des activités, des populations cibles, des endroits où elles ont lieu et des sujets qui peuvent être traités. Elles constituent un exemple d'application de communication interpersonnelle et de masse qui peut être utilisée pour informer et persuader des populations cibles d'essayer et d'adopter de nouveaux "produits sociaux" en commençant par les attitudes et en cheminant vers des comportements qui supportent une qualité de vie et une longévité. Les foires de la santé peuvent être vues comme une stratégie de marketing social, tant au niveau de la conceptualisation que des besoins d'évaluation. Par contre, en révisant la littérature pertinente aux foires de la santé, il est notable de préciser le manque de littérature sur les évaluations des foires de la santé tandis qu'il y a plusieurs modèles proposés relativement à l'organisation de celles-ci qui insistent sur l'importance d'évaluer ces événements (Germer et Price, 1981; Carter, 1991; Serina et Giove, 1991).

Le marketing social qui inspire les foires de la santé, a pris naissance ou a été décrit pour la première fois en 1971 par Kotler et Zaltman. Les auteurs ont défini la notion de marketing social comme suit: "la conception, la mise en oeuvre et le contrôle de programmes visant à faire accepter ou rejeter certaines idées sociales et portant sur des considérations telles que la planification du produit, la fixation des prix, la communication, la distribution et la recherche en marketing". Kotler et Zaltman s'accordent à dire, tout comme il existe un marché pour les produits, il existe un marché pour les idées.

L'ouverture du marketing au domaine du marché des idées a par contre été reçu de différentes façons chez les spécialistes du marketing. Pour certains, ce concept ouvrait de nouveaux horizons, tandis que pour d'autres, il constituait un affront. Bien que les idées de Kotler et Zaltman ont permis d'élargir les frontières du marketing et son champ

d'application, il n'en reste pas moins que dans un sens plus large, le marketing social n'est pas un phénomène nouveau. Depuis qu'il existe des systèmes sociaux, l'homme a tenté d'informer, de persuader, d'influencer, de motiver, de faire accepter certaines idéologies ou d'y allier de nouveaux adeptes, de défendre des causes, de renforcer un comportement ou de le modifier, et ceci au moyen de faveurs, d'arguments ou par la force. Au temps de la Grèce Antique et de Rome par exemple, des campagnes avaient été mises de l'avant pour amener l'abolition de l'esclavage. En Angleterre, au cours de la Révolution Industrielle, les campagnes revendiquaient le droit de vote pour les femmes ou encore l'abolition du travail chez les enfants. De nombreuses autres campagnes ont également forcé des mouvements sociaux. De nos jours, les campagnes de communication mettent l'emphasis sur les réformes dans le domaine de la santé, de l'éducation, de l'économie et de l'environnement (Kotler et Roberto, 1989).

À la lumière de ces considérations, le marketing social peut grandement contribuer à la promotion de la santé. Les théoriciens du marketing social reconnaissent que de nombreuses variables entrent en jeu dans la modification du comportement et que l'on ne peut considérer le comportement des individus sans tenir compte du contexte social et environnemental. À leur avis, les médias constituent des moyens puissants d'exercer une influence sur les idées dans notre société, mais le recours aux médias ne peut être vu comme une stratégie globale. Au contraire, les théoriciens du marketing social admettent qu'amener un changement social est une entreprise fondamentalement difficile. Ils sont d'avis que le processus requiert une analyse minutieuse, une planification efficace, un effort soutenu et un large éventail de tactiques.

Avec ses éléments de marketing et de recherche auprès des consommateurs, de publicité et de promotion, y compris le positionnement, la stratégie de création, la conception du message et la mise en essai, la stratégie médiatique, la planification ainsi que le suivi de la campagne, le marketing social a de tout évidence un rôle prépondérant à jouer dans le cadre des programmes actuels de santé publique.

Le marketing social repose sur quatre facteurs de base; en effet, le marketing consiste à mettre au point le bon "produit" au moyen d'une bonne "promotion" et de le lancer au bon "endroit" à un "prix" approprié (Ling et al, 1992; Mintz, 1988/89; Lefebvre et Flora, 1988). Dans le domaine de la santé, la promotion et l'endroit représentent deux variables clés. La promotion est la fonction de communication du marketing et consiste à communiquer de façon à persuader d'autres personnes à accepter des idées, des concepts ou des choses. Le choix du bon endroit quant à lui, est de trouver un réseau de diffusion approprié et de fournir des moyens de réagir et des voies d'accès à l'information. Par exemple, il est illogique de mener une campagne contre le tabagisme sans s'assurer en même temps que le public a accès à des cliniques d'abandon du tabac, à des conseils fournis par téléphone, ou encore à des brochures d'information (Mintz, 1988/89).

Le succès d'une campagne de marketing social dépend du travail exécuté lors de son élaboration. Les fondements de la campagne comportent plusieurs éléments essentiels, tel que l'analyse de la situation, le choix du marché cible, le positionnement, l'établissement des objectifs, l'affectation de fonds et la planification des dépenses. La philosophie sous-jacente à cette approche repose sur une orientation centrée sur le client par opposition à une orientation centrée sur le produit qui se traduirait par: "nous savons ce qu'il vous faut" (Lefebvre et Flora, 1988).

L'analyse de la situation consiste en une analyse de l'environnement où il faut évaluer les influences culturelles et sociales, les attitudes, les différences individuelles et les processus de prise de décisions. En marketing social, l'intérêt porte sur le pourquoi et le comment d'une situation. La préparation de l'analyse de la situation comporte deux autres tâches: l'analyse des concurrents et l'étude des programmes qui existent déjà dans la communauté, dans la province et dans le pays.

Le choix d'un marché cible rend les communications beaucoup plus efficaces car il est impossible de rejoindre tous les segments d'un marché. Par conséquent, il faut être bien sélectif. Une bonne segmentation de marché augmente les chances de succès d'une

campagne de marketing social. L'objectif de la segmentation est d'isoler les segments du marché qu'on a le plus de chances de persuader et d'y concentrer les activités de marketing. La segmentation du marché consiste à diviser les populations hétérogènes en plusieurs sous-marchés ou segments, dont chacun est homogène sous tous les aspects importants. La méthode de segmentation la plus courante est de déterminer les groupes cibles en fonction de caractéristiques démographiques données (Grunig, 1989; Lefebvre et Flora, 1988).

Le positionnement influence la façon d'élaborer et de mettre en oeuvre les programmes de marketing. Le positionnement est un mécanisme permettant de faire passer un message dans notre société saturée de communications. Les médias peuvent être un puissant instrument de promotion de la santé. Ils peuvent être des partenaires valables et coopératifs mais également des véhicules d'informations inexactes ou trompeuses sur la santé au cours des séquences publicitaires, des émissions de variétés et des bulletins d'information. Finalement, les médias peuvent être perçus comme des alliés serviables, mais aussi comme des obstacles à surmonter (Wallack, 1990).

À partir du moment où les médias sont envisagés comme des supports à la promotion de la santé, les aspects négatifs deviennent plus ou moins négligeables. Il s'agit essentiellement de diffuser des informations exactes sur des facteurs de risque, de telle manière qu'un très grand nombre de personnes puissent modifier leur mode de vie. On incite les gens à modifier leurs comportements afin de mieux se porter et de vivre plus longtemps (Wallack, 1990).

Chaque campagne de marketing social nécessite l'énoncé écrit des objectifs. Ces objectifs servent à informer des tâches particulières qui entrent en jeu dans la campagne, indiquent les résultats prévus, précisent l'envergure que devrait avoir le changement, déterminent les critères et les méthode de mesure et indique les échéanciers. Les objectifs doivent être précis, mesurables, réalisables, réalistes et fixés dans le temps.

Bien sûr, il y a des coûts reliés aux campagnes de marketing social. Ils se subdivisent en trois catégories: l'achat d'espace ou de temps pour la publicité, l'élaboration

et la production de matériel pour la promotion; les relations publiques, le marketing direct et la publicité; et les activités de contrôle, de mise à l'essai et d'évaluation.

En conclusion, la planification et la gestion sont des éléments essentiels du marketing social. Il s'agit d'une méthode qui vise non seulement à promouvoir le changement social, mais également à nous permettre de prendre des décisions quant aux mesures à prendre ou à ne pas prendre en vue de réaliser des objectifs clairement définis. Le marketing social peut aider à sensibiliser l'ensemble de la population au fait que les questions publiques ont des effets sur la santé publique, ainsi qu'à donner des pouvoirs aux personnes, aux groupes et aux communautés en faisant la promotion d'idées en faveur du changement auquel ils peuvent se rallier (Young, 1988/89).

Les foires de la santé représente une stratégie de promotion de la santé qui a été utilisée par plusieurs groupes afin d'atteindre différents objectifs. Les foires de la santé ont été décrites par Ritchie (1976) comme ayant des objectifs de marketing, d'éducation, d'immunisation et de dépistage. Le domaine des sciences infirmières considère les foires de la santé en tant qu'environnement non traditionnels pour faire de l'éducation (Aeson, 1986). D'autres groupes voient les foires de la santé comme un moyen d'identifier les besoins des gens pour faciliter le développement de programmes futurs. Finalement, certaines études ont révélé que les buts les plus importants des foires de la santé étaient l'information, le dépistage, la publicité et la promotion d'endroits (Kittleson et Carver, 1989). Carter (1991) conclut que les foires de la santé représentent une stratégie de promotion de la santé et un moyen de communication d'information efficace et rentable.

Dans le même sens, Berwick (1985) soulève que le succès d'une foire de la santé dépend largement de la planification de l'événement. Une piètre planification ne mènera à aucune expérience d'apprentissage. Par contre, une foire de la santé bien organisée représente une stratégie efficace qui rapporte beaucoup d'un point de vue coûts/bénéfices.

Les foires de la santé peuvent offrir la possibilité de dépister différents facteurs de risque pour la santé et de faire le suivi sur les progrès de l'état de santé. Par contre le

dépistage pose plusieurs conditions qui font que cette stratégie ne convient pas à toutes les foires de la santé. Premièrement, le dépistage doit être fait par des professionnels qualifiés ou des bénévoles formés. Deuxièmement, l'équipement utilisé doit être qualibré et maintenu en bonne condition afin de donner des résultats de qualité. Troisièmement, il devrait y avoir une courte séance de counselling qui accompagne la remise des résultats aux participants ainsi qu'un système de référence et de suivi pour les individus identifiés à risque. Les participants doivent être informés que le dépistage peut produire des résultats erronés comme de faux positifs ou négatifs. Finalement, le dépistage doit être très bien planifié de façon à ce que la circulation d'une station à l'autre se fasse facilement et qu'il n'y ait pas trop d'attente. Une activité de dépistage mal organisée peut augmenter le stress chez les individus et fausser certaines mesures.

Hors, une foire de la santé peut être faite sans offrir de dépistage. L'événement utilisera d'autres stratégies comme les jeux, les démonstrations, de courtes présentations orales ainsi que d'autres techniques innovatrices pour faciliter les apprentissages. La documentation écrite offerte devrait toujours tenir compte du niveau de scolarité des participants et n'être en aucun cas utilisée pour remplacer les interactions intervenants-participants (Watts, 1981; Blumenthal, 1979)

Ritchie (1976) offre quelques règles de base pour planifier et réaliser une foire de la santé. Les étapes qu'il décrit se retrouvent dans d'autres méthodes proposées par plusieurs auteurs. Pour cette raison, seulement la méthode proposée par Ritchie (1976) est présentée. L'auteur base cette méthode sur ses expériences qui vise à aider les personnes inexpérimentées à éviter certaines erreurs.

La première étape consiste à rechercher les buts visés par la foire de la santé en considérant les besoins de la communauté ou d'un quartier dans le cas d'une grande communauté. Trois objectifs sont souvent identifiés: réunir les services de la santé et les clients afin de favoriser une meilleure connaissance des besoins et des services; distribuer de l'information; et offrir des services tel que de l'immunisation et du dépistage.

La deuxième étape est de trouver le bon moment pour faire la foire de la santé. Le temps de l'année et le jour de la semaine peuvent influencer le taux de participation. Les mois d'été sont à éviter à cause des vacances tout comme les mois d'hiver où les déplacements sont plus difficiles, particulièrement pour les enfants et les personnes âgées. Les fins de semaines conviendront bien dans le cas des banlieues où se retrouvent de nombreuses jeunes familles. Par contre, les jours de semaine conviendront mieux pour une clientèle plus âgée. En résumé, la décision d'une date pour une foire de la santé s'appuie sur des données démographiques et géographiques.

La sélection d'un endroit doit tenir compte de l'accessibilité des lieux par transport privé et public ou à pied. Il doit y avoir suffisamment d'espaces de stationnement. Finalement, l'événement gagnera à avoir lieu dans un endroit bien connu de la population.

À défaut de subventions, il faudra très tôt dans la planification penser à trouver des sources de financement. Il peut s'agir de commandites ou d'activités pour amasser des fonds. Les industries locales peuvent également donner leur support en fournissant des services, du matériel et des ressources.

La foire de la santé la mieux organisée ne pourra connaître le succès sans la participation des gens. Il est donc primordial d'avoir une publicité qui encourage un grand nombre de personnes à venir à la foire. La publicité par les média peut être coûteuse mais il existe différents moyens plus économiques comme les contacts personnels, la distribution de feuillets, des articles dans les journaux, écrits par des journalistes invités à l'événement, des entrevues à la radio, l'affichage de publicité dans les écoles et les lieux publics et des lettres aux parents distribuées par les élèves.

Il peut être très pratique de dessiner le plan des lieux avec la répartition des activités sur le site. Cette démarche amène aussi à réfléchir sur les alternatives qui seront les plus avantageuses et qui permettront une utilisation maximale de l'espace. De plus, il serait bon de disposer à la foire des symboles qui indiquent les directions et l'emplacement des activités. Toutes ces mesures aideront les participants à circuler plus facilement.

Les visiteurs aux foires de la santé apprécient toujours obtenir des objets et de la documentation de toutes sortes. Les industries locales peuvent fournir de la marchandise à distribuer comme des cordes à danser, des frisbees, des casquettes, etc. Il est toujours apprécié de mettre des sacs en plastique à la disposition des gens lorsqu'ils font la tournée de la foire afin d'y placer la documentation et les objets distribués.

Une foire de la santé requiert beaucoup d'effort à être planifiée et réalisée et vaut la peine d'être évaluée. L'évaluation peut prendre la forme d'un court questionnaire administré par écrit ou par entrevue aux intervenants, aux participants et aux commandites et d'un dénombrement des participants, de la documentation distribuée et des services offerts. Un rapport final devrait être rédigé et mis à la disposition des intéressés. L'évaluation est une démarche qui permet d'apprendre sur l'impact possible de ce type d'événement ainsi que les forces et les faiblesses du déroulement des activités. Les foires de la santé sont souvent basées sur d'autres foires, mais malheureusement, il existe très peu de littérature sur les évaluations.

Trois études qui discutaient de l'impact des foires de la santé ont pu être recensées. Bryan et coll. (1991) soulèvent la possibilité que les foires de la santé peuvent avoir un impact positif sur les connaissances et les comportements à risque à court terme. En employant un devis de recherche prétest post-test avec groupe contrôle, Clark (1985) conclut que le groupe expérimental avait manifesté une augmentation au niveau des connaissances et une intention de changement de comportement en passant d'un comportement à risque à un comportement sain. Finalement, une autre étude faite auprès d'étudiants de niveau collégial suite à une foire de la santé révèle que la majorité des participants disent avoir augmenté leurs connaissances grâce aux activités. Les auteurs suggèrent par ailleurs de pousser les études sur les changements au niveau des connaissances et des comportements à risque afin de déterminer plus clairement les forces et les limites spécifiques des foires de la santé comme stratégies de promotion de la santé (Werch et coll., 1986).

À la lueur des écrits recensés sur le marketing social, les modèles conceptuels des foires de la santé et les évaluations, il ressort qu'une foire de la santé semble être un excellent moyen de rejoindre une population afin de promouvoir de saines habitudes de vie dans un contexte de fête familiale. De plus, les foires de la santé s'inscrivent parfaitement parmi d'autres initiatives de promotion de la santé. Finalement, la tenue d'une évaluation est justifiée et permet de combler une lacune de la littérature.

TROISIÈME CHAPITRE

Conception du plan de production

3.1- Le modèle suivi

Le Village Santé s'est inspiré du modèle proposé par Ritchie (1976) puisqu'il semblait être le modèle le plus complet retrouvé dans la littérature pertinente. Ce modèle comprend plusieurs étapes qui consistent principalement à identifier les buts; trouver le bon moment pour faire la foire de la santé; sélectionner un endroit; trouver des sources de financement; avoir une publicité adéquate; préparer un plan des lieux; sélectionner la documentation et le matériel à distribuer; et évaluer.

La foire de la santé dont il est question dans ce mémoire a été conceptualisée par treize intervenants et produite grâce à la participation de soixante-six collaborateurs de différents milieux.

Le but général du Village Santé a d'abord été établi par les intervenants. Il a été décidé que toutes les activités porteraient essentiellement sur la promotion de saines habitudes de vie. Il n'y a eu aucune activité de dépistage prévue puisque celles-ci se situent se rapprochent du niveau de prévention secondaire et que nous favorisons une intervention de prévention primaire proprement dite. De plus, les activités de dépistage nécessitent une logistique lourde et complexe que nous ne pouvions assurer.

Nous avons précisé par la suite les populations cibles, les objectifs, les messages, les activités et le matériel requis pour chacune des haltes. Les différentes haltes du Village Santé devaient permettre à la population lavalloise d'obtenir de l'information et des moyens accessibles afin d'acquérir, ou de maintenir de saines habitudes de vie en plus d'expérimenter des activités physiques faciles et agréables et déguster des aliments au "goût du coeur".

Il était entendu que la foire de la santé se tiendrait, dimanche le 30 mai 1993, au Centre de la Nature à Laval. Une fin de semaine convenait parfaitement étant donné que

l'activité s'adressait à une banlieue où l'on retrouve de nombreuses jeunes familles. Quant au Centre de la Nature, il représente un site facile d'accès par transport privé et public ou à pied et bien connu de la population lavalloise.

L'événement était subventionné par la Fête de la Santé du Coeur tandis que les coûts de l'évaluation étaient défrayés par la Direction de la santé communautaire de Cité de la Santé de Laval. Des démarches ont toutefois été entreprises auprès des industries et commerces locaux pour obtenir des services, du matériel et des ressources.

La publicité de l'événement était entièrement assurée par la Fête de la Santé du Coeur. Les médias écrits et électroniques ont été utilisés avant l'événement et la journée même. Une conférence de presse été également organisée quelques semaines auparavant.

Un plan du Village Santé avait été préparé pour planifier l'emplacement des différentes haltes et permettre une utilisation maximale de l'espace. De plus, l'horaire de l'animation avait été prévu en conséquence de l'emplacement pour éviter le chevauchement de plusieurs activités qui nécessitaient l'utilisation d'un système de son.

De la documentation écrite à distribuer avait été sélectionnée d'après les objectifs et les messages à diffuser. De plus, des coupons de participation étaient remis à chaque halte et permettaient de participer au tirage de quatorze prix. Il y avait également remise de frisbees à l'entrée du Village Santé pour tous les enfants.

Une évaluation sommative était prévue afin d'apprendre sur l'impact possible de ce type d'événement et identifier les forces et les faiblesses du déroulement des activités. Elle s'actualisait principalement par l'administration d'un questionnaire sur le site et d'un suivi téléphonique deux semaines après l'événement. De plus, tous les responsables des haltes ainsi que la responsable du Village Santé avaient à compléter une grille d'analyse ou une fiche de compilation afin d'assurer l'évaluation de processus.

Le plan de production des différentes haltes regroupait les populations cibles, les objectifs, les messages, les activités et le matériel requis. Les objectifs du Village Santé s'inscrivaient comme suit:

- 1) procurer de l'information et des moyens accessibles à la population lavalloise afin d'acquérir, de maintenir ou d'améliorer des comportements qui favorisent la santé cardio-vasculaire;
- 2) démontrer aux participants des techniques simples de réanimation cardio-respiratoire;
- 3) faire connaître les ressources récréatives et touristiques lavalloises et régionales qui aident au maintien de la santé du coeur.

Le Village Santé porte son nom du fait qu'il se tenait dans le village de maisonnettes du Centre de la Nature. L'emplacement était propice à l'organisation de différentes haltes et permettait de donner une touche de fantaisie à la santé cardio-vasculaire. Pour l'événement, chaque maisonnette s'était transformée en kiosque d'information.

3.2 Halte Tension artérielle

Les objectifs de la halte "Tension artérielle" s'énonçaient comme suit: donner des moyens pratiques aux adultes de 18 à 65 ans pour maintenir un poids-santé et réduire leur consommation d'alcool et de sel; faire connaître la recommandation au sujet de la vérification de la tension artérielle aux adultes de 18 à 65 ans; et démystifier les croyances saillantes aux sujets des symptômes de l'hypertension artérielle.

La halte Tension artérielle véhiculait trois principaux messages: faire vérifier sa tension artérielle à tous les deux ans; certaines habitudes de vie aident à garder une tension artérielle normale, soit réduire votre consommation d'alcool à deux consommations ou moins par jour, réduire votre consommation de sel et maintenir un poids-santé.

À l'aide d'un modèle anatomique du coeur, d'affiches et d'informations verbales, une infirmière et deux médecins expliquaient ce qu'est la tension artérielle tout en renforçant le

fait qu'une tension artérielle élevée ne donne en général aucun symptôme et pour cette raison, la tension artérielle doit être vérifiée régulièrement.

Deux diététistes ont aidé les participants à évaluer leur poids-santé à partir d'un tableau de l'IMC (indice de masse corporelle). Elles discutaient également des façons de diminuer la consommation de sel dans la préparation des repas. Il y avait remise de fiches de l'IMC, de conseils écrits sur la perte de poids, de sachets de fines herbes et de feuillets d'information sur les assaisonnements qui peuvent remplacer le sel dans la préparation de différents mets. Une dégustation de plusieurs produits non alcoolisés était organisée afin de permettre aux participants de connaître et d'expérimenter des alternatives aux boissons alcoolisées. Une fiche descriptive d'une consommation et de la recommandation au sujet de la consommation quotidienne de boissons alcoolisées était disponible.

3.3 Halte Activité physique

La halte "Activité physique" visait à donner aux adultes de 18 à 65 ans des moyens pratiques pour augmenter leur niveau d'activité physique et regroupait les deux messages suivants: faire une activité physique agréable et d'intensité modérée régulièrement; et les exercices agréables et d'intensité modérée sont les meilleurs exercices pour garder un cœur en santé.

Quatre éducateurs physiques faisaient l'évaluation de la condition physique des participants et les encourageaient à pratiquer régulièrement une activité physique agréable et d'intensité modérée. Les familles pouvaient expérimenter le circuit "Acti-Famille" qui consistait en une série d'activités qui se retrouvent à la maison, telles sortir les meubles patio, mettre la table, peindre la clôture, étendre le linge sur la corde et pousser une brouette, pour constater que l'activité physique est souvent à portée de la main.

La démonstration et l'expérimentation de la trottinette des neiges sur une piste de neige que Ville de Laval avait livrée le matin même, a permis aux jeunes et moins jeunes de

découvrir ce sport d'hiver original qui est disponible au Centre de la Nature. L'équipe "Sautons en coeur", spécialisée en sauts à la corde, faisait une démonstration de plusieurs routines de sauts à la corde en plus de distribuer des cordes à danser aux personnes présentes.

Finalement, une personne du Tennis 13 devait animer des sessions de danse aérobique familiale. Malheureusement, les sessions avaient été planifiées pour une clientèle adulte plutôt qu'enfant. Pour cette raison, l'intervenante a annulé l'activité, dû au contexte familial de la journée.

3.4 Halte Alimentation

La halte "Alimentation" comptait trois objectifs: donner des moyens pratiques à la population lavalloise pour avoir des collations santé; promouvoir les modifications de recettes pour manger moins de gras, de sucre et de sel tout en augmentant les fibres; et promouvoir des choix faibles en gras au restaurant.

Les trois messages transmis étaient les suivants: adapter vos recettes pour manger moins de gras, de sucre, de sel et plus de fibres; choisir des mets faibles en gras au restaurant; et il est possible de diminuer le gras dans nos recettes habituelles sans altérer le goût.

Grâce à la collaboration de "La Cage aux Sports", le Village Santé a offert du délicieux pop-corn doré à ses visiteurs. Des diététistes ont préparé un punch aux fruits comme autre alternative aux boissons alcoolisées. Elles ont aussi montré comment adapter des recettes en tenant compte de la politique québécoise en alimentation qui suggère de diminuer le gras, le sucre et le sel, et d'augmenter les fibres.

Un concours de recettes de pains et muffins santé avait été lancé dans le grand public avant l'événement. Les personnes désireuses de participer devaient apporter, le jour même de la Fête de la Santé du Coeur, six muffins ou un pain ainsi que la description de la recette.

Des diététistes de la halte Alimentation analysaient le contenu des recettes et un jury composé de quatre personnes dégustait et désignait un gagnant. Ce dernier se méritait un souper au restaurant. Il y avait distribution de documentation écrite et intervention face-à-face avec les participants afin de promouvoir des choix de mets faibles en gras au restaurant.

3.5 Halte Tabac

La halte "Tabac" visait à donner des moyens pratiques aux parents pour aider leurs enfants à ne pas commencer à fumer; donner des moyens pratiques aux jeunes pour dire non à la cigarette; et donner des moyens pratiques aux fumeurs pour cesser de fumer. Trois messages étaient proposés: cesser de fumer; dès que vous cesser de fumer, le risque d'éventuelles maladies du coeur diminue rapidement; et les parents peuvent aider leurs enfants à ne pas commencer à fumer en parlant ouvertement du tabac à la maison.

Un magicien faisait des trucs de magie qui permettaient d'aborder le thème du tabac avec humour en s'adressant à toute la famille. Les trucs de magie s'inspiraient d'une liste de messages destinés aux enfants, aux parents et aux fumeurs qui avait été développée et remise au magicien préalablement. Des intervenants de la santé répondaient aux questions des fumeurs, les conseillaient sur les différentes méthodes disponibles pour arrêter de fumer, distribuaient de la documentation écrite sur les méthodes de cessation de fumer et dosaient le taux d'oxyde de carbone dans les poumons à l'aide d'un moniteur d'oxyde de carbone. Les participants pouvaient retrouver une affiche représentant Lucky Luke sans sa cigarette leur demandant par quoi ce célèbre cow-boy avait remplacé celle-ci.

Un match d'improvisation portant sur le thème du tabac était offert par deux écoles secondaires du territoire. Cette démonstration abordait l'importance de discuter du tabac à la maison entre parents et enfants, savoir comment dire non à la cigarette, la pression des pairs pour essayer la cigarette et la difficulté d'arrêter de fumer. Une vidéo, destinée aux

jeunes de 6 à 13 ans, pouvait être visionnée à l'intérieur de la maisonnette de la halte Tabac. Il s'agissait de l'émission des "100 watts" du 27 mars 1992, entièrement consacrée au tabagisme. Cette demie-heure visuelle offrait des capsules-santé, des capsules humoristiques et une courte dramatique sur le sujet du tabagisme. Il y avait également distribution d'affiches et de cartes postales de Marc-André Coallier, animateur de télévision très populaire auprès des jeunes.

3.6 Halte Multifactorielle

La halte " Multifactorielle" donnait des moyens pratiques à la population lavalloise pour acquérir ou maintenir des habitudes de vie qui favorisent la santé du coeur en reprenant tous les messages des haltes décrites précédemment.

Une liste de messages multifactoriels offrant des moyens pratiques pour acquérir, maintenir ou adopter des comportements sains avait été développée et remise à un animateur qui avait prévu différents scénarios afin de s'adresser à toute la famille d'une façon détendue et amusante par l'entremise d'un personnage de fakir. Les messages pouvaient être entendus par les personnes massées autour de l'animateur.

3.7 Halte Loisirs et voyages

Deux objectifs figuraient à cette halte; faire connaître à la population lavalloise des circuits amusants et économiques à faire en famille qui gardent le coeur en santé; et faire connaître les ressources lavalloises qui supportent une vie active.

Une intervenante de l'Office du Tourisme de Laval et une bénévole distribuaient de l'information sur les activités récréatives ainsi que les circuits économiques et amusants à faire en famille, disponibles à Laval et dans les environs. Une troisième intervenante faisait la promotion des différents programmes de Kino-Québec qui supportent une vie active. Il y

la promotion des différents programmes de Kino-Québec qui supportent une vie active. Il y avait distribution de guides JEEP (Jeux et Exercices pour Enfants et Parents) qui démontrent différents exercices à faire avec les enfants.

3.8 Halte Réanimation cardio-respiratoire

Les objectifs de la halte "Réanimation cardio-respiratoire" étaient au nombre de trois: enseigner à la population lavalloise les différentes manoeuvre de réanimation cardio-respiratoire; présenter les techniques de désobstruction des voies respiratoires; et informer la population des signes et symptômes de la crise cardiaque.

Cette halte était entièrement organisée par des consultants externes en collaboration avec la Fondation des maladie du coeur du Québec, secteur Laval. Deux maîtres-instructeurs et deux instructeurs étaient sur place pour enseigner à la population les différentes manoeuvres de réanimation cardio-respiratoires. Il y avait d'abord démonstration de la technique puis, ceux qui le désiraient pouvaient par la suite pratiquer sur les mannequins mis à leur disposition. Finalement, une démonstration des techniques de désobstruction des voies respiratoires était exécutée par un instructeur sur un mannequin et sur un volontaire. Des tableaux affichaient les signes et symptômes de la crise cardiaque et les facteurs de risque.

3.9 Halte Dessin et bricolage

Deux intervenants animaient et supervisaient cette activité qui consistait à faire bricoler et colorier les enfants. La logistique de cette activité convenait mieux au Village Santé que l'organisation d'une garderie à l'extérieur du site. Les enfants pouvaient s'y amuser pendant que les parents visitaient les différentes haltes.

3.10 Alternative en cas de pluie

Cette année, une alternative en cas de pluie avait été mise de l'avant puisque le Village Santé, édition 1992, avait dû être annulé à cause du mauvais temps. Des arrangements avaient été conclus avec le centre commercial Le Carrefour Laval pour occuper la grande place centrale en cas de mauvais temps. La publicité aurait été faite le matin même sur les ondes des postes de radio lavallois. Une chaîne téléphonique avait été préparée afin de rejoindre tous les intervenants du Village Santé et les informer des nouvelles directives.

QUATRIÈME CHAPITRE

Méthodologie

4.1 Évaluation sommative

L'évaluation formative et l'évaluation sommative se distinguent dans leur orientation respective. L'évaluation formative a lieu lors du développement d'un outil ou d'une intervention et consiste à essayer le nouvel outil ou la nouvelle intervention afin d'amasser des données qui serviront à améliorer le produit ou l'activité dans sa version finale. L'évaluation sommative tente plutôt de vérifier l'efficacité d'un produit ou d'une intervention qui est déjà conçu (Dick et Carey, 1990).

L'évaluation sommative dans le domaine de la santé permet de fournir des évidences statistiques des effets positifs des interventions sur certains indicateurs de la santé. De plus, ce type d'évaluation apporte des données qui peuvent justifier la poursuite d'un événement ou encore l'obtention de fonds. L'évaluation sommative compte de nombreux objectifs: (1) identifier les forces et les faiblesses d'un événement afin d'y apporter les améliorations nécessaires lorsqu'il est répété; (2) justifier les coûts d'un événement par rapport à l'impact sur des indicateurs de santé; (3) dresser un portrait socio-démographique des participants afin de savoir s'ils font partie de la population cible; (4) connaître les sujets d'intérêts en matière de santé; (5) identifier les activités qui motivent le changement de comportement; (6) sélectionner les activités les plus intéressantes et les plus populaires; (7) obtenir des indicateurs de l'utilisation des services et du matériel écrit distribué; et (8) faire des projections de participation future (Germer et Price, 1981).

L'évaluation sommative du Village Santé, édition 1993, a permis de: (1) dresser le profil socio-sanitaire des participants; (2) identifier les intentions et les changements de comportement à court terme; et (3) obtenir des données au niveau de processus. Cette évaluation a également servi à savoir si une foire de la santé représente une activité de promotion de la santé bénéfique pour la population lavalloise tout en offrant un rapport

coûts/bénéfices satisfaisant.

4.2 Objectifs

- 1. Dresser le profil socio-sanitaire des participants âgés de 18 ans et plus, au Village Santé lors de la journée de l'événement.**

Plus spécifiquement recueillir à l'aide d'un court questionnaire administré sur le site, des données sur les éléments suivants:

- **caractéristiques socio-démographiques;**
 - **l'information générale au sujet de la présence des participants à l'événement;**
 - **les habitudes de vie;**
 - **les connaissances concernant la santé du coeur.**
-
- 2. Établir le portrait des intentions de changement de comportement et des changements de comportement, s'il y a lieu, suite aux activités du Village Santé auprès des participants âgée de 18 ans et plus, et ceci deux semaines plus tard à l'aide d'une entrevue téléphonique.**
- **l'intention de changement de comportement en rapport avec les habitudes de vie;**
 - **le changement de comportement, s'il y a lieu;**
 - **les connaissances de base en santé cardio-vasculaire;**
 - **les caractéristiques socio-économiques et socio-sanitaires;**
 - **l'appréciation des participants.**

3) Dénombrer les participants pour chaque activité et faire l'inventaire de la documentation distribuée à partir de grilles d'analyse complétées par les responsables d'activités portant sur:

- nombre de participants par activité mesurable;
- nombre de brochures et dépliants distribués.

4) Faire le compte des ressources humaines et financières consacrées à la production et l'évaluation du Village Santé à l'aide d'une fiche de compilation:

- nombre d'intervenants;
- heures;
- dépenses.

4.3 Instruments d'évaluation

Pour vérifier l'objectif 1 concernant le profil socio-sanitaire des participants âgés de 18 et plus au Village Santé lors de la journée de l'événement, un premier questionnaire a été élaboré (voir annexe 3A). Les questions sur la tension artérielle, la consommation de tabac et la fréquence de l'activité physique ont été basées sur celles provenant de l'Enquête Santé Québec en santé cardio-vasculaire (1990).

L'objectif 2 a été mesuré à partir d'un deuxième questionnaire (voir annexe 3B). Ce questionnaire téléphonique a permis d'établir un portrait d'intention de changement de comportement et de changement de comportement à court terme, s'il y a lieu.

Des grilles remplies par les responsables d'activités ont permis d'évaluer l'objectif 3 tandis que la fiche de compilation complétée par la responsable du Village Santé a fourni les données sur les ressources humaines et financières qui ont été consacrées à la production et

l'évaluation de l'événement.

Le premier et le deuxième questionnaire ont été prétestés pour la durée, la clarté et la compréhension auprès d'un échantillon de 10 lavallois-es âgés-es de 18 ans et plus, tandis que la grille d'analyse pour le dénombrement des personnes et l'inventaire de la documentation distribuée a été pré-testées auprès des intervenants responsables des haltes du Village Santé.

4.4 Procédure d'échantillonnage

Le premier questionnaire a été administré auprès d'un échantillon de convenance de 556 participants âgés de 18 ans et plus identifiés au Village Santé lors de la Fête de la Santé du Coeur, dimanche le 30 mai 1993, au Centre de la Nature de Laval. Tous les efforts ont été faits afin de composer un échantillon le plus aléatoire possible des participants. Les interviewers ont donc questionné un seul participant par famille, et une fois le participant interrogé, l'interviewer épinglait un macaron "Smiley" sur la personne et sur tous les membres de sa famille ou de son groupe. Ce macaron a aidé à identifier les participants déjà interviewés et ainsi éviter le dédoublement d'efforts.

Le deuxième questionnaire a été administré aux 435 personnes qui avaient consenti à être rappelées deux semaines après le Village Santé.

4.5 Devis d'évaluation

Il s'agit d'une enquête d'évaluation ponctuelle auprès d'une population exposée à une foire de la santé qui a fourni: un profil socio-sanitaire des participants; un portrait des intentions et des changements de comportement à court terme; et une évaluation de processus.

À noter que l'impact de ce type d'événement demeurerait difficile à évaluer car les

participants pouvaient avoir entrepris des changements de comportement ou avoir l'intention de changer des comportements avant même d'avoir visiter le Village Santé.

De plus, la très petite période de temps séparant le premier et le deuxième questionnaire empêchait de poser certaines questions dans le premier questionnaire comme celles sur les intentions qui auraient pu provoquer de la "réactivité", c'est-à-dire la tendance à éveiller les sujets face à un comportement désiré. Reconnaisant les limites de ce devis de recherche, nous avons donc mis l'emphasis sur le caractère descriptif et l'impact possible de notre événement.

4.6 Procédure d'évaluation

Treize interviewers, dont 8 hommes et 5 femmes âgés entre 21 et 50 ans non professionnels, ont été engagés afin d'administrer le premier questionnaire d'une durée de cinq minutes sur le site à partir de 10:30 heures jusqu'à 16:30 heures. Tous les interviewers ont reçu une formation intensive comportant un exercice pratique le matin même, avant l'ouverture du Village Santé.

Les interviewers évaluaient trois catégories d'information:

- a) les caractéristiques socio-démographiques tel que l'âge, le sexe et les trois premiers caractères du code postal;
- b) les habitudes de vie tel que la vérification ou non de la tension artérielle au cours des deux dernières années, le statut tabagique, le fréquence de la pratique de l'activité physique et les habitudes alimentaires en rapport avec la consommation de gras; et les connaissances concernant le lien étroit entre la tension artérielle, le tabagisme, l'activité physique et l'alimentation faible en gras puis la santé cardio-vasculaire.

Les interviewers situés à trois entrées différentes du Village Santé, ont administré environ 10-11 questionnaires par heure de travail. Une fois interrogés, les répondants et les personnes qui les accompagnaient recevaient un macaron "Smiley". À noter que la distribution des macarons a suscité un grand intérêt de la part des participants à participer à notre enquête.

Afin d'établir le portrait des intentions et des changements de comportement à court terme, suite aux activités du Village Santé, l'autorisation des participants de les rappeler deux semaines plus tard a été demandée au moment du premier questionnaire. À cette fin, 435 des 556 participants ont donné leur accord pour un taux de réponse de 78,2 %. La confidentialité des données a été assurée pour tous les participants.

Une firme de consultants a été engagée afin d'administrer deux semaines après l'événement, soit du 13 au 26 juin 1993, un questionnaire téléphonique d'une durée de 8 à 10 minutes aux 435 participants qui ont consenti à être rappelés.

Au total, la firme de consultants a réussi à rejoindre 338 personnes pour un taux de réponse de 77,7 %. Mentionnons toutefois que la firme s'est servie de 23 sujets pour pré-tester le deuxième questionnaire. Si on retire ces 23 personnes de notre échantillon, le taux de réponse augmente à 82,0 % (338/412).

Le second questionnaire a porté sur les catégories d'information suivantes:

- a) les caractéristiques socio-économiques des participants tels que le statut civil, le revenu familial en 1992, la langue parlée à la maison, le nombre d'enfants en bas de 18 ans et le nombre de personnes dans le ménage;
- b) les caractéristiques socio-sanitaires tels que le poids et la taille afin de construire l'indice de masse corporelle (poids en kilogramme divisé par la taille en mètre au carré);

- c) l'intention de changement de comportement en rapport avec la vérification de la tension artérielle au cours des six prochains mois, la cessation de fumer la cigarette au cours des 6 prochains mois, la discussion entre parents et enfants âgés entre 3 et 17 ans des effets nocifs de la cigarette au cours du prochain mois, la pratique de l'activité physique au moins 2 fois/semaine au cours des 6 prochains mois, la diminution de la consommation de gras dans les recettes ou les repas au cours du prochain mois, la perte de poids au cours des 6 prochains mois, le remplacement du sel par des fines herbes à l'occasion au cours de prochain mois et le remplacement des boissons alcoolisées par des boissons non alcoolisées à l'occasion au cours du prochain mois;
- d) les changements de comportement au cours des deux dernières semaines, s'il y a lieu, en rapport avec les habitudes de vie mentionnées ci-haut;
- e) les connaissances concernant la santé du coeur (les mêmes que celles recueillies lors du premier questionnaire); et les appréciations du Village Santé.

En ce qui concerne l'IMC, quatre intervalles à l'intérieur de cet indice ont été créés:

IMC

- | | |
|-------------------|---|
| 1. inférieur à 20 | Peut être associé à des problèmes de santé chez certaines personnes |
| 2. entre 20 et 25 | poids satisfaisant pour la plupart des gens |
| 3. entre 25 et 27 | peut entraîner des problèmes de santé chez certaines personnes |
| 4. supérieur à 27 | risque accru de problème de santé |

Finalement, dans le but de compléter une évaluation de processus, tous les responsables d'activités ont rempli des grilles d'analyse à la fin de la journée en inscrivant le nombre de participants par activité mesurable; le nombre de brochures et dépliants

distribués; leurs commentaires; et leurs recommandations. Quant à la responsable du Village Santé, elle a complété dans la semaine suivant la foire de la santé, une fiche de compilation pour quantifier les ressources humaines et financières qui avaient été consacrées à la production et l'évaluation de l'événement.

4.7 Analyse des données

Dans un premier temps, des tableaux de contingence par sexe et groupe d'âge ont été construits afin d'établir un profil socio-sanitaire des participants qui se sont présentés lors de la journée du Village Santé. Ensuite, des tableaux de contingence par sexe seulement ont été produits pour le portrait d'intention de changement de comportement et de changement de comportement, deux semaines plus tard, s'il y a lieu. Aucune stratification par groupe d'âge n'a été faite pour ces derniers, car les effectifs dans plusieurs cellules étaient trop petits.

Finalement, les données sur les habitudes de vie, recueillies principalement dans le premier questionnaire, ont été réparties en deux catégories de répondants: ceux considérés comme ayant de "bonnes" habitudes de vie et ceux considérés comme ayant de "mauvaises" habitudes. Ces catégories ont été construites en utilisant les informations suivantes:

<u>Comportement au premier ou deuxième questionnaire</u>	<u>Habitudes de vie</u>	
	<u>"bonnes"</u>	<u>"mauvaises"</u>
- dernière vérification de la tension artérielle date de ...	< 2 ans	≥ 2 ans
- consommation habituelle des aliments à haute teneur en gras ...	occasionnellement ou jamais	toujours ou fréquemment
- fréquence de l'activité physique	≥ 2 fois/semaine	≤ 1 fois/semaine
- tabagisme	non fumeur (jamais fumé ou ex-fumeur)	fumeur régulier ou occasionnel
- indice de masse corporelle	< 25.0	≥ 25.0

Ensuite, ces deux catégories ont été croisées avec les données sur les intentions de changement de comportement et le changement de comportement du deuxième questionnaire. Ceci a permis de comparer les changements survenus dans les catégories de personnes ayant de bonnes habitudes de vie avec ceux survenus dans les catégories de personnes ayant de mauvaises habitudes.

Les tests statistiques de chi-carré ont été utilisés pour comparer tous les résultats. Lorsque le $p \leq 0,05$, il est mentionné dans le texte.

Finalement, le nombre de participants pour chacune des activités, de brochures et de dépliants distribués ainsi que les ressources humaines et financières nécessaires à la production et à l'évaluation du Village Santé ont été comptabilisés et inclus dans plusieurs rapports descriptifs (voir annexes 4, 5, 6A et 6B).

CINQUIÈME CHAPITRE

Résultats du premier questionnaire

La journée du Village Santé fut ensoleillée avec une température clémente variant entre 20° et 22°C. Selon les estimations des organisateurs du Village Santé, appoximativement 2500 à 3000 personnes ont défilé devant les différentes haltes.

5.1 Caractéristiques socio-démographiques et au sujet de la présence (tableau 1)

Les caractéristiques socio-démographiques et au sujet de la présence des participants au Village Santé sont illustrées au tableau 1. L'échantillon (n=556) comprend 58,5 % de femmes et 41,5 % d'hommes. Environ les deux tiers (65,6 %) de ces individus sont âgés entre 25 et 44 ans et 20,7 % entre 45 et 64 ans. Près de 72 % des répondants étaient des résidents de Laval et 78,2 % ont donné leur accord pour être rappelé deux semaines plus tard lors de la deuxième enquête.

La majorité des répondants (71 %) ont déclaré qu'ils sont venus principalement pour visiter la Fête de la Santé du Coeur (44,8 %) ou pour visiter la Fête de la Santé du Coeur et le Centre de la Nature (26,4 %). Environ le quart (26,7 %) des répondants ont affirmé qu'ils avaient déjà assisté à la Fête de la Santé du Coeur sans avoir nécessairement visité le Village Santé. Un peu plus du tiers (35,3 %) avaient déjà visité le Village Santé au cours des années passées sans avoir nécessairement assisté à la Fête de la Santé du Coeur.

Étant donné que le Village Santé est une activité familiale, il n'est pas étonnant de constater que la plupart des répondants étaient accompagnés par leur conjoint-e (41 %) et/ou leur-s enfant-s (51 %). Seulement 7,6 % étaient venus seuls.

Noter bien que les distribution par sexe et groupe d'âge de l'échantillon ont été comparées aux résultats du recensement de Laval 1991 (voir annexe 1). En ce qui concerne le sexe, il y a légèrement plus de femmes dans notre échantillon (58,5 %) que dans la

population lavalloise (50,8 %). Par rapport à l'âge, 65,6 % de nos répondants se situent dans le groupe d'âge des 25 à 44 ans comparé à 46,5 % dans la population.

5.2 Modes de publicité (tableau 2)

En ce qui concerne l'endroit où les participants ont entendu parler de la Fête de la Santé du Coeur, le quart des répondants (25,6 %) n'en avaient pas entendu parler; 16,4 % l'avait lu dans le journal; 16,1 % ont été avisés soit par leur conjoint-e, un autre membre de leur famille ou un-e ami-e; 8,7 % en ont entendu parler au travail et 8,1 % ont vu une publicité, une pancarte ou une affiche dans la rue.

5.3 Habitudes de vie (tableaux 3 à 7)

Les données sur la tension artérielle se retrouvent aux tableaux 3 et 4. En réponse à la question "Avant cette entrevue, avez-vous déjà fait vérifier votre tension artérielle (pression sanguine)?", nous constatons que 80 % des sujets ont répondu avoir fait vérifier leur tension artérielle. Par ailleurs, l'Enquête Santé Québec sur la santé cardio-vasculaire (1990) rapporte un pourcentage de 96 % pour cette même question. Une difficulté de compréhension de la question mentionnée par les interviewers pourrait expliquer que la majorité du 20 % des répondants ayant répondu par la négative aient mal interprété la question pensant qu'elle référerait à une prise de tension artérielle avant leur arrivée à la Fête de la Santé du Coeur et non une prise au courant de leur vie.

Lorsque nous demandons "Combien de temps s'est-il écoulé depuis la dernière fois qu'on a vérifié votre tension artérielle?", parmi ceux qui ont répondu positivement à la question précédente, trois quarts (74,6 %) ont dit qu'ils avaient fait vérifier leur tension artérielle au cours de la dernière année; 57 % au cours des six derniers mois et 17,6 %, il y a 6 à 12 mois. Seulement 12,7 % ont affirmé que leur dernière vérification datait de plus de

deux ans; ce pourcentage s'élevait à 16,1 % chez les hommes comparativement à 10,5 % des femmes, cependant la différence n'est pas statistiquement significative.

Lorsque nous stratifions selon le groupe d'âge, il semble que les répondants âgés de 65 ans et plus ont été plus portés à faire vérifier leur tension artérielle au cours de la dernière année que les autres groupes d'âge. Cependant, cette constatation n'est pas statistiquement significative.

Les données sur le tabagisme figurent au tableau 5 et démontrent en ce qui concerne leur statut tabagique, presque le tiers des répondants ont déclaré qu'ils fumaient régulièrement à tous les jours (29,5 %) ou occasionnellement (6,7 %). Significativement plus d'hommes étaient des fumeurs réguliers ou occasionnels (38,2 %) que de femmes (28,6 %) ($\chi^2 = 4.02$, 2 d.l., $p = 0.04$)

Lorsqu'on stratifie par groupe d'âge, la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels diminue significativement avec l'âge passant de 47,1 % chez les 18 à 24 ans à 12,0 % chez les 65 ans et plus ($\chi^2 = 9.77$, 3 d.l., $p = 0.02$)

La question sur l'activité physique porte sur la fréquence à laquelle les gens ont pratiqué des activités pendant au moins 20 à 30 minutes par séance au cours des trois derniers mois (voir tableau 6).

Pour l'ensemble de l'échantillon, 50,2 % des répondants ont dit avoir pratiqué des activités physiques deux fois par semaine ou plus au cours des trois derniers mois, 17,3 % 1 fois par semaine et 32,6 % 2-3 fois par mois ou aucune fois. Significativement plus de femmes (54,5 %) que d'hommes (44,1 %) disaient avoir pratiqué des activités physiques deux fois par semaine ou plus ($\chi^2 = 5.74$, 2 d.l., $p = 0.02$)

Lorsqu'on stratifie selon le groupe d'âge, on constate que les individus âgés de 18 à 24 ans et ceux de 65 ans et plus étaient significativement plus portés à pratiquer les activités physiques deux fois par semaine et plus (64,7 % et 72,0 % respectivement) que les autres groupes d'âge (44,9 % chez les 25 à 44 ans et 55,7 % chez les 45 à 64 ans) ($\chi^2 = 14.5$, 3

d.l., $p < 0.05$). Les femmes étaient significativement plus actives que les hommes dans le groupe d'âge des 45 à 64 ans (66,6 % chez les femmes contre 44,6 % chez les hommes) ($\chi^2 = 5.36$, 2 d.l., $p = 0.02$)

Les données sur la consommation habituelle de gras se retrouvent au tableau 7. Quand nous demandons "Dans quelle mesure mangez-vous habituellement des aliments à haute teneur en gras, tels que les sauces, les fritures et certains casse-croûte?", plus des trois quarts des répondants ont rapporté qu'ils en mangeaient occasionnellement (66,9 %) ou jamais (10,5 %); moins du quart ont répondu fréquemment (20,9 %) ou toujours (2,0 %). Les hommes mangeaient plus d'aliments à haute teneur en gras que les femmes: 35,2 % d'hommes comparativement à 14,2 % des femmes ont dit en manger fréquemment ou toujours ($\chi^2 = 33.6$, 2 d.l., $p < 0.05$).

Par ailleurs, la consommation des aliments à haute teneur en gras dans les catégories "toujours" ou "fréquemment" diminuait significativement avec l'âge, allant de 38,8 % chez les 18 à 24 ans à 4,0 % chez les 65 ans et plus ($\chi^2 = 14.9$, 3 d.l., $p < 0.05$). Peu importe le groupe d'âge, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à affirmer qu'ils mangeaient fréquemment ou toujours les aliments gras.

5.4 Connaissances (tableaux 8 à 11)

Le tableau 8 décrit comment les répondants ont répondu à la question "Parmi les énoncés suivants, lequel choisissez-vous: les gens qui ont une tension artérielle (pression sanguine) élevée ont généralement: des maux de tête, des étourdissements, des rougeurs au visage, toutes ces réponses, aucun symptôme (tous les choix de réponse furent présentés par les interviewers)." La réponse la plus fréquente a été "toutes ces réponses" (43,0 %) et la moins fréquente était "des rougeurs au visage" (5,9 %). À noter que la réponse désirée "aucun symptôme" n'a été choisie que par 13,9 % des répondants. Plus de femmes (15,4

%) que d'hommes (11,7 %) ont choisi cette dernière réponse. Cependant, cette constatation n'est pas statistiquement significative.

Lorsqu'on stratifie selon le groupe d'âge, nous constatons que les individus âgés de 65 ans et plus ont été plus nombreux à déclarer "aucun symptôme" (32 %) que les autres groupes d'âge (16 % à 19,1 %). Il est intéressant de souligner que chez les hommes du groupe des 25 à 44 ans, il n'y avait que 6 % de ceux-ci qui savaient qu'il n'y a aucun symptôme occasionné par une tension artérielle élevée.

En réponse à la question "Vrai ou faux: dès que vous cessez de fumer, le risque d'éventuelles maladies du coeur diminue rapidement", presque les trois quarts (73,7 %) des répondants ont choisi la bonne réponse "vrai" (voir tableau 9). Le résultat selon le sexe est semblable. Pourtant, selon le groupe d'âge, on remarque que cette connaissance est plus faible chez les 18 à 24 ans (62,7 % ont dit "vrai"), particulièrement chez les hommes (50 %).

Lorsque nous demandons "Vrai ou faux: les exercices agréables et d'intensité modérée sont les meilleurs exercices pour le coeur", presque tous les répondants, soit 97,2 % ont répondu "vrai". Les résultats par sexe et groupes d'âge sont semblables à l'exception des hommes de 18 à 24 ans dont seulement 88,9 % ont répondu affirmativement, comparativement à 100 % des femmes (voir tableau 10).

Concernant l'énoncé "Vrai ou faux: il est possible de diminuer le gras et le sucre dans nos recettes habituelles sans altérer le goût", encore une fois, presque tous les répondants (92,4 %) ont déclaré "vrai". Cependant, moins d'hommes (88,3 %) que de femmes (95,4 %) connaissaient la bonne réponse, particulièrement dans le groupe d'âge de 18 à 24 ans où seulement 72,2 % de ceux-ci le savaient comparativement à 90,6 % des femmes (voir tableau 11).

5.5 Comparaison des données des répondants lavallois à celles de répondants non lavallois (annexes 2A et 2B)

Afin de déterminer si les répondants lavallois de l'échantillon étaient différents de ceux non lavallois, les données socio-démographiques, mode de publicité et habitudes de vie ont été comparées selon le lieu de résidence (Laval VS hors Laval) (voir annexes 2A à 2C).

En général, peu ou pas de différence à été constatée entre les réponses lavalloises et non lavalloises à l'exception des observations suivantes: plus de non Lavallois (74,3 %) que de Lavallois (62,1 %) étaient âgés entre 25 et 44 ans; plus de Lavallois que de non Lavallois avaient entendu parler de la Fête de la Santé du Coeur dans un journal (21,2 % contre 4,4 %); ou par l'école de leur-s enfant-s (11,1 % contre 0,6 %); tandis que plus de non Lavallois que de Lavallois avaient entendu parler de la Fête par l'entremise de leur conjoint-e, d'un autre membre de la famille ou d'un-e ou des ami-es (22,8 % contre 13,4 %).

TABEAU 1 - PREMIER QUESTIONNAIRE

**Quelques caractéristiques socio-démographiques et au sujet de la présence
des 556 participants présents au Village Santé de la
Fête de la Santé du Coeur, le 30 mai 1993
(en pourcentage)**

		%	(n)
Sexe	homme	41,5	(231)
	femme	58,5	(325)
Groupes d'âge	18-24 ans	9,2	(51)
	25-44 ans	65,6	(365)
	45-64 ans	20,7	(115)
	65 ans et plus	4,5	(25)
Habite à Laval	oui	71,6	(398)
Accord des participants pour être rappelés 2 semaines plus tard	oui	78,2	(435)
Participants qui sont venus principalement pour:	Centre de la Nature	28,8	(158)
	Fête de la Santé du Coeur	44,8	(246)
	les deux	26,4	(146)
Participants qui ont: - déjà assisté à la Fête - déjà visité le Village Santé	oui oui	26,7 35,3	(147) (194)
Participants qui sont venus avec*: - conjoint(e) - enfant(s) - autre famille - ami(e)s/collègue(s) - venu(e) seul(e)	oui	41,6	(231)
	oui	51,0	(283)
	oui	18,9	(105)
	oui	22,9	(127)
	oui	7,6	(42)

* N.B.: Le total peut être supérieur à 100 % parce que les répondants ont pu choisir plus d'une réponse.

TABLEAU 2 - PREMIER QUESTIONNAIRE

L'endroit où les participants auraient entendu parler de la
Fête de la Santé du Cœur^{*}
(n = 554)
(en pourcentage)

		%	(n)
Dans le journal	oui	16,4	(91)
Par leur conjoint(e), un membre de la famille ou un(e) ou des ami(e)(s)	oui	16,1	(89)
Au travail	oui	8,7	(48)
Par l'école de leur enfant	oui	8,1	(45)
Par une publicité/pancarte/affiche dans la rue	oui	5,9	(33)
À la radio	oui	5,8	(32)
Par le réseau de la santé et des services sociaux	oui	2,0	(11)
À la télévision	oui	0,7	(4)
Autre ¹	oui	4,2	(23)
Ne sais pas	oui	6,5	(36)
N'en avait pas entendu parler	oui	25,6	(142)

* N.B.: Le total peut être supérieur à 100 % parce que les répondants ont pu choisir plus d'une réponse.

¹ Autre: par une compagnie, à l'Option Laval, à l'école, par un commanditaire, travail comme bénévole, non spécifié.

TABLEAU 3 - PREMIER QUESTIONNAIRE

**Déjà fait vérifier la tension artérielle
selon le sexe et le groupe d'âge
(n=556)
(en pourcentage)**

GROUPE D'ÂGE/DÉJÀ VÉRIF.	HOMME	FEMME	TOTAL
18-24 ans oui	(n=18) 66,7	(n=33) 69,7	(n=51) 68,6
25-44 ans oui	(n=148) 76,4	(n=177) 81,9	(n=364) 79,7
45-65 ans oui	(n=56) 78,6	(n=59) 91,5	(n=115) 85,2
65 ans et plus oui	(n=8) 87,5	(n=17) 88,2	(n=25) 88,0
TOTAL oui	(n=231) 76,2	(n=325) 82,8	(n=556) 80,0

TABLEAU 4 - PREMIER QUESTIONNAIRE

**Dernière vérification de la tension artérielle
selon le sexe et le groupe d'âge
(n=442)
(en pourcentage)**

GROUPE D'ÂGE/DERNIÈRE VÉRIF.	HOMME	FEMME	TOTAL
18-24 ans	(n=11)	(n=23)	(n=34)
0-12 mois	72,7	69,2	76,5
1-2 ans	9,1	8,7	8,8
2 ans ou plus	18,2	13,0	14,7
25-44 ans	(n=112)	(n=177)	(n=289)
0-12 mois	68,8	73,4	71,6
1-2 ans	15,2	15,3	15,2
2 ans ou plus	16,1	11,3	13,1
45-64 ans	(n=44)	(n=53)	(n=97)
0-12 mois	75,0	83,0	79,4
1-2 ans	6,8	7,5	7,2
2 ans ou plus	18,2	9,4	13,4
65 ans et plus	(n=7)	(n=15)	(n=22)
0-12 mois	100,0	86,7	90,9
1-2 ans	-	13,3	9,1
2 ans ou plus	-	-	-
TOTAL	(n=174)	(n=268)	(n=442)
0-12 mois	71,8	76,4	74,6
1-2 ans	12,1	13,1	12,7
2 ans ou plus	16,1	10,5	12,7

TABLEAU 5 - PREMIER QUESTIONNAIRE

Tabagisme
(n=555)
(en pourcentage)

GROUPE D'ÂGE/STATUT TABAGIQUE		HOMME	FEMME	TOTAL
18-24 ans		(n=18)	(n=33)	(n=51)
	fumeur régulier	27,8	39,4	35,3
	fumeur occas.	16,7	9,1	11,8
	ex-fumeur	11,1	3,0	5,9
	jamais fumé	44,4	48,5	47,1
25-44 ans		(n=148)	(n=216)	(n=364)
	fumeur régulier	31,1	22,7	26,1
	fumeur occas.	6,8	6,0	6,3
	ex-fumeur	19,6	18,1	18,7
	jamais fumé	42,6	53,1	48,9
45-64 ans		(n=56)	(n=59)	(n=115)
	fumeur régulier	30,4	20,3	25,2
	fumeur occas.	7,1	5,1	6,1
	ex-fumeur	32,1	20,3	26,1
	jamais fumé	30,4	54,2	42,6
65 ans et plus		(n=8)	(n=17)	(n=25)
	fumeur régulier	25,0	-	8,0
	fumeur occas.	12,5	-	4,0
	ex-fumeur	25,0	23,5	24,0
	jamais fumé	12,0	76,5	64,0
TOTAL		(n=230)	(n=325)	(n=555)
	fumeur régulier	30,4	22,8	25,9
	fumeur occas.	7,8	5,8	6,7
	ex-fumeur	22,2	17,2	19,3
	jamais fumé	39,6	54,2	48,1

TABLEAU 6 - PREMIER QUESTIONNAIRE

**Fréquence de l'activité physique au cours des 3 derniers mois,
20-30 minutes par séance, selon le sexe et le groupe d'âge
(n=556)
(en pourcentage)**

GROUPE D'ÂGE/FRÉQUENCE		HOMME	FEMME	TOTAL
18-24 ans		(n=18)	(n=33)	(n=51)
	aucune fois	16,7	6,1	9,8
	2-3 fois/mois	16,7	15,2	15,7
	1 fois/semaine	5,6	12,1	9,8
	≥ 2 fois/semaine	61,1	66,7	64,7
25-44 ans		(n=149)	(n=216)	(n=365)
	aucune fois	12,8	17,6	15,6
	2-3 fois/mois	29,5	15,3	21,1
	1 fois/semaine	16,1	19,9	18,4
	≥ 2 fois/semaine	41,6	47,2	44,9
45-64 ans		(n=56)	(n=59)	(n=115)
	aucune fois	23,2	5,1	13,9
	2-3 fois/mois	16,1	10,2	13,0
	1 fois/semaine	16,1	18,6	17,4
	≥ 2 fois/semaine	44,6	66,1	55,7
65 ans et plus		(n=8)	(n=17)	(n=25)
	aucune fois	12,1	5,9	8,0
	2-3 fois/mois	12,5	-	4,0
	1 fois/semaine	25,0	11,8	16,0
	≥ 2 fois/semaine	50,0	82,0	72,0
TOTAL		(n=231)	(n=325)	(n=556)
	aucune fois	15,6	13,5	14,4
	2-3 fois/mois	24,7	13,5	18,2
	1 fois/semaine	15,6	18,5	17,3
	≥ 2 fois/semaine	44,2	54,5	50,2

TABLEAU 7 - PREMIER QUESTIONNAIRE

**Consommation habituelle des aliments à haute teneur en gras
selon le sexe et le groupe d'âge
(n=554)
(en pourcentage)**

GROUPE D'ÂGE/CONSUMMATION		HOMME	FEMME	TOTAL
18-24 ans		(n=17)	(n=32)	(n=49)
	toujours	17,6	-	6,1
	fréquemment	47,1	25,0	32,7
	occasionnellement	29,4	65,6	53,1
	jamais	5,9	9,4	8,2
25-44 ans		(n=149)	(n=216)	(n=365)
	toujours	2,0	0,5	1,1
	fréquemment	35,6	14,4	23,0
	occasionnellement	57,7	75,9	68,5
	jamais	4,7	9,3	7,4
45-64 ans		(n=56)	(n=59)	(n=115)
	toujours	5,4	1,7	3,5
	fréquemment	17,9	8,5	13,0
	occasionnellement	60,7	71,2	66,1
	jamais	16,1	18,6	17,4
65 ans et plus		(n=8)	(n=17)	(n=25)
	toujours	-	-	-
	fréquemment	12,5	-	4,0
	occasionnellement	62,5	70,6	68,0
	jamais	25,0	29,4	28,0
TOTAL		(n=230)	(n=324)	(n=554)
	toujours	3,9	0,6	2,0
	fréquemment	31,3	13,6	20,9
	occasionnellement	56,5	73,8	66,9
	jamais	8,3	12,0	10,5

TABLEAU 8 - PREMIER QUESTIONNAIRE

**Connaissances: Symptômes de la tension artérielle
selon le sexe et le groupe d'âge
(n=555)
(en pourcentage)**

GROUPE D'ÂGE/SYMPTÔMES		HOMME	FEMME	TOTAL
18-24 ans		(n=18)	(n=32)	(n=50)
	maux de tête	5,6	6,3	6,0
	étourdissements	5,6	6,3	6,0
	rougeurs au visage	5,6	6,3	6,0
	tous ces symptômes	33,3	53,1	46,0
	aucun symptôme	22,2	12,5	16,0
	ne sais pas	27,8	15,6	20,0
25-44 ans		(n=149)	(n=216)	(n=365)
	maux de tête	17,4	13,9	15,3
	étourdissements	15,4	6,9	10,4
	rougeurs au visage	5,4	6,0	5,8
	tous ces symptômes	43,0	47,2	45,5
	aucun symptôme	6,0	13,9	10,7
	ne sais pas	12,8	12,0	12,3
45-64 ans		(n=56)	(n=59)	(n=115)
	maux de tête	16,1	20,3	18,3
	étourdissements	5,4	10,2	7,8
	rougeurs au visage	7,1	6,8	7,0
	tous ces symptômes	32,1	37,3	34,8
	aucun symptôme	19,6	18,6	19,1
	ne sais pas	19,6	6,8	13,0
65 ans et plus		(n=8)	(n=17)	(n=25)
	maux de tête	12,5	5,9	8,0
	étourdissements	-	5,9	4,0
	rougeurs au visage	12,5	-	4,0
	tous ces symptômes	25,0	47,1	40,0
	aucun symptôme	37,5	29,4	32,0
	ne sais pas	12,5	11,8	12,0
TOTAL		(n=231)	(n=324)	(n=555)
	maux de tête	16,0	13,9	14,8
	étourdissements	11,7	7,4	9,2
	rougeurs au visage	6,1	5,9	5,9
	tous ces symptômes	39,0	45,9	43,0
	aucun symptôme	11,7	15,4	13,9
	ne sais pas	15,6	11,4	13,2

TABLEAU 9 - PREMIER QUESTIONNAIRE

Connaissances: Dès que vous cessez de fumer, le risque
d'éventuelles maladies du coeur diminue rapidement
(n=555)
(en pourcentage)

GROUPE D'ÂGE/VRAI-FAUX		HOMME	FEMME	TOTAL
18-24 ans		(n=18)	(n=33)	(n=51)
	vrai	50,0	69,7	62,7
	faux	50,0	24,2	33,3
	ne sais pas	-	6,1	3,9
25-44 ans		(n=149)	(n=216)	(n=365)
	vrai	73,2	72,2	72,6
	faux	22,8	17,6	19,7
	ne sais pas	4,0	10,2	7,7
45-64 ans		(n=56)	(n=59)	(n=115)
	vrai	82,1	78,0	80,0
	faux	10,7	15,3	13,0
	ne sais pas	7,1	6,8	7,0
65 ans et plus		(n=8)	(n=16)	(n=24)
	vrai	87,5	81,3	83,3
	faux	-	-	-
	ne sais pas	12,5	18,8	16,7
TOTAL		(n=231)	(n=324)	(n=555)
	vrai	74,0	73,5	73,7
	faux	21,2	17,0	18,7
	ne sais pas	4,8	9,6	7,6

TABEAU 10 - PREMIER QUESTIONNAIRE

**Connaissances: Les exercices agréables et d'intensité modérée
sont les meilleurs exercices pour le cœur
(n=550)
(en pourcentage)**

GROUPE D'ÂGE/VRAI-FAUX	HOMME	FEMME	TOTAL
18-24 ans	(n=18)	(n=32)	(n=50)
vrai	88,9	100,0	96,0
faux	5,6	-	2,0
ne sais pas	5,6	-	2,0
25-44 ans	(n=149)	(n=213)	(n=362)
vrai	95,3	95,8	95,6
faux	4,7	2,8	3,6
ne sais pas	-	1,4	0,8
45-64 ans	(n=56)	(n=59)	(n=115)
vrai	98,2	96,6	97,4
faux	1,8	3,4	2,6
ne sais pas	-	-	-
65 ans et plus	(n=7)	(n=16)	(n=23)
vrai	100,0	100,0	100,0
faux	-	-	-
ne sais pas	-	-	-
TOTAL	(n=230)	(n=320)	(n=550)
vrai	95,7	96,6	96,2
faux	3,9	2,5	3,1
ne sais pas	0,4	0,9	0,7

TABLEAU 11 - PREMIER QUESTIONNAIRE

Connaissances: Il est possible de diminuer le gras et le sucre
dans nos recettes habituelles sans altérer le goût

(n= 554)

(en pourcentage)

GROUPE D'ÂGE/VRAI-FAUX		HOMME	FEMME	TOTAL
18-24 ans		(n=18)	(n=32)	(n=50)
	vrai	72,2	90,6	84,0
	faux	27,8	9,4	16,0
	ne sais pas	-	-	-
25-44 ans		(n=149)	(n=215)	(n=364)
	vrai	89,3	94,9	92,6
	faux	10,1	2,8	5,8
	ne sais pas	0,7	2,3	1,6
45-64 ans		(n=56)	(n=59)	(n=115)
	vrai	89,3	98,3	93,9
	faux	8,9	1,7	5,2
	ne sais pas	1,8	-	0,9
65 ans et plus		(n=8)	(n=17)	(n=25)
	vrai	100,0	100,0	100,0
	faux	-	-	-
	ne sais pas	-	-	-
TOTAL		(n=231)	(n=323)	(n=554)
	vrai	88,3	95,4	92,4
	faux	10,8	3,1	6,3
	ne sais pas	0,9	1,5	1,7

SIXIÈME CHAPITRE

Résultats du deuxième questionnaire

6.1 Caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques des répondants, deux semaines plus tard (tableau 12)

Les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques des 338 répondants deux semaines plus tard sont présentées au tableau 12. Le taux de réponse pour la deuxième enquête se situe à 82,0 %. Le profil de ces répondants en ce qui concerne la répartition par sexe, groupes d'âge et lieu de résidence, est semblable à celui du premier questionnaire au Village Santé: 58,9 % de l'échantillon était féminin, deux tiers des individus étaient âgés entre 25 et 44 ans et 22,8 % entre 45 et 64 ans. Trois quarts des répondants habitaient Laval.

Le deuxième questionnaire a permis de recueillir des données supplémentaires afin de compléter le profil descriptif des participants. Ainsi, 68,2 % des répondants étaient marié-es ou en union libre, 61,2 % avaient des enfants de moins de 18 ans et 61,5 % avaient un revenu familial en 1992 supérieur à 30 000\$. La langue parlée à la maison était le français (93,5 %) et le nombre moyen de personnes qui habitaient dans le ménage était 3,2.

Le deuxième questionnaire a permis également d'obtenir des données sur le poids et la taille afin de construire l'indice de masse corporelle (IMC) (poids en kg/taille en mètre au carré). L'intérêt a porté particulièrement sur l'IMC égal ou supérieur à 25, qui comprend les catégories suivantes: "entre 25 et 27", celle qui peut entraîner des problèmes de santé chez certaines personnes et "supérieur à 27", celle qui peut être associée à un risque accru de problème de santé.

Au tableau 13, on constate que plus que le tiers des répondants se trouvaient dans les catégories "entre 25 et 27" ou "supérieur à 27". Significativement plus d'hommes (45,5 %)

que de femmes (30,1 %) étaient dans ces catégories ($\chi^2 = 7.85$, 1 d.l., $p < 0.05$)

Selon l'âge, on remarque que le problème d'un IMC égal ou supérieur à 25 augmente significativement avec l'âge allant de 17,4 % chez les 18 à 24 ans à 64,3 % chez les 65 ans et plus ($\chi^2 = 19.17$, 3 d.l., $p < 0.05$). Peu importe l'âge, plus d'hommes que de femmes avaient un IMC égal ou supérieur à 25.

6.2. Intention de changer un comportement et changement de comportement

Rappelons que l'objectif principal de la deuxième enquête, deux semaines plus tard, était de déterminer l'intention des participants à changer de comportement en rapport avec les habitudes de vie, et le changement de comportement, s'il y a lieu.

Dans un premier temps, les résultats bruts des variables d'intention de changement de comportement par rapport aux habitudes de vie et le changement de comportement, s'il y a lieu, seront présentés (sections I et II).

Dans un deuxième temps, les résultats en ce qui concerne les changements survenus dans les catégories de répondants qui sont considérés comme ayant de mauvaises habitudes de vie, seront comparés à ceux dans les catégories de répondants ayant des saines habitudes (section III).

Toutes les données seront analysées selon le sexe. Aucune stratification par groupe d'âge ne sera faite.

I- Intention de changer de comportement deux semaines plus tard (données brutes)

Une série de questions portant sur l'intention de changer de comportement face à certaines habitudes de vie a été posée à l'ensemble des répondants deux semaines plus tard.

Les choix de réponses présentés par les interviewers (au téléphone) étaient

"définitivement oui", "probablement oui", "probablement non" et "définitivement non". Deux réponses non présentées, mais notées quand elles ont été mentionnées par le répondant, étaient "peut-être" et "déjà fait". À noter que plusieurs personnes ont fourni la réponse "déjà fait" indiquant un problème de compréhension de certaines questions.

Les réponses "définitivement ou probablement oui" ont été considérées comme une réponse "oui"; celles de "peut-être" et "définitivement ou probablement non" ont été considérées comme une réponse "non". Les réponses "déjà fait" ont été gardées à part.

Dans cette section, seulement les réponses de "définitivement ou probablement oui" et "déjà fait" seront présentées.

Au tableau 14, on constate qu'une proportion élevée de répondants, soit 85,0 %, ont déclaré, deux semaines plus tard, qu'ils avaient l'intention, définitivement ou probablement oui, de parler à leur-s enfant-s des effets nocifs de la cigarette au cours du prochain mois. Autant de fumeurs réguliers ou occasionnels (85,7 %) que de non-fumeurs (85,4 %) avaient cette intention.

De plus, à peu près la moitié des individus avaient l'intention de: diminuer le gras dans les recettes et les repas au cours du prochain mois (53,6 %); pratiquer de l'activité physique au moins 2 fois par semaine au cours des six prochains mois (51,5 %); et faire vérifier leur tension artérielle au cours des six prochains mois (46,4 %).

Plus du tiers avaient l'intention de remplacer le sel par des fines herbes au cours du prochain mois (34,8 %). À remarquer que 28,2 % des fumeurs réguliers ou occasionnels avaient l'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois.

Finalement, plus qu'une personne sur cinq avait l'intention de remplacer les boissons alcoolisées par des boissons non alcoolisées à l'occasion au cours du prochain mois (22,6 %). À noter que 42,1 % de l'ensemble des répondants ont déclaré qu'ils ne buvaient pas d'alcool.

Lorsqu'on stratifie selon le sexe, significativement plus de femmes que d'hommes ont déclaré qu'elles avaient l'intention de: diminuer le gras dans les recettes et les repas

(57,8 % de femmes contre 47,5 % d'hommes; $\chi^2 = 8.37$, 3 d.l., $p < 0.05$); remplacer les boissons alcoolisées par des boissons non alcoolisées à l'occasion (27,3 % des femmes contre 15,8 % des hommes; $\chi^2 = 18.1$, 4 d.l., $p < 0.05$) À noter également que plus de femmes que d'hommes ont affirmé qu'elles ne boivent pas d'alcool (46,0 % de femmes contre 36,7 % des hommes; $\chi^2 = 18.1$, 4 d.l., $p < 0.05$)

En ce qui concerne les réponses "déjà fait", à peu près le tiers des répondants ont fourni cette réponse pour les intentions suivantes: diminuer le gras dans les recettes et les repas (39,2 %); remplacer le sel par des fines herbes (37,2 %); pratiquer de l'activité physique (34,0 %); et faire vérifier la tension artérielle (29,0 %).

Environ 15 % des résultats ont rapporté "fait déjà" en réponse aux questions concernant les intentions de remplacer l'alcool par des boissons non alcoolisées et de cesser de fumer.

Au total, si on combine les réponses "définitivement ou probablement oui" et celles "fait déjà", on remarque qu'entre 70 % et 90 % des répondants semblent avoir de bonnes intentions de changer de comportement en ce qui concerne la diminution de leur consommation de gras (92,8 %), la pratique de l'activité physique (85,5 %), la volonté de parler à leur-s enfant-s des effets nocifs de la cigarette (85,5 %), la vérification de la tension artérielle (75,4 %) et le remplacement du sel par des fines herbes à l'occasion (72 %).

La moitié ou moins des répondants déclarent avoir des intentions de perdre du poids (49,5 %), de cesser de fumer (43,7 %) et de remplacer l'alcool par des boissons non alcoolisées à l'occasion (38,3 %).

II- Changement de comportement, s'il y a lieu (données brutes)

Peu importe la réponse donnée aux questions sur les intentions, il fut demandé à l'ensemble des répondants s'ils avaient effectué un changement de comportement au cours

des deux dernières semaines.

Au tableau 15, l'enquête révèle que 80,2 % des répondants ont déclaré qu'ils avaient diminué la quantité de gras dans leurs recettes et repas au cours des deux dernières semaines et 76,3 % ont parlé à leur-s enfant-s âgés de 3 à 17 ans des effets nocifs de la cigarette.

Environ la moitié des répondants ayant reçu le sachet de fines herbes l'ont utilisé afin de remplacer le sel (50,6 %) et 45,4 % des répondants ont remplacé une consommation d'alcool par une boisson non alcoolisée au moins à une occasion.

Environ le tiers des répondants ont déclaré qu'ils avaient augmenté la fréquence de leur activité physique (34,9 %); diminué la quantité de cigarettes fumées (32,7 %) (personne n'a arrêté); et entrepris une démarche afin de perdre du poids (29,6 %).

Le quart des répondants ont déclaré avoir pris un rendez-vous chez le médecin afin de vérifier la tension artérielle (24,3 %).

Selon le sexe, significativement plus de femmes que d'hommes ont diminué le gras dans leurs recettes et repas (83,9 % de femmes contre 74,8 % d'hommes; $\chi^2 = 4.26$, d.l., $p < 0.05$); utilisé le sachet de fines herbes afin de remplacer le sel (59,2 % de femmes contre 38,7 % d'hommes; $\chi^2 = 7.34$, 1 d.l., $p < 0.05$); augmenté la fréquence de leur activité physique (39,2 % de femmes contre 28,8 % d'hommes; $\chi^2 = 3.91$, 1 d.l., $p < 0.05$); et pris un rendez-vous avec le médecin afin de faire vérifier la tension artérielle (28,1 % de femmes contre 18,7 % d'hommes; $\chi^2 = 3.97$, 1 d.l., $p < 0.05$)

III- Intention de changement de comportement et changement de comportement selon les catégories de "mauvaises" ou de "bonnes" habitudes de vie

Dans cette section, tous les résultats sur les intentions et les changements de

comportement, s'il y a lieu, furent analysés selon deux catégories d'habitudes de vie, soit "mauvaises" et "bonnes" habitudes.

Pour ne mentionner que le plus important, on observe au tableau 16 qu'autant de répondants dans les catégories ayant de "mauvaises" habitudes de vie que ceux dans la catégorie ayant de "bonnes" habitudes ont déclaré, deux semaines plus tard, qu'ils avaient l'intention de changer leur comportement. Exception faite de la variable portant sur l'IMC, significativement plus de répondants dans la catégories d'IMC ≥ 25 (78,8 %) que dans celle d'IMC < 25 (38,3 %) avaient l'intention de perdre du poids au cours des 6 prochains mois ($\chi^2 = 49.3$, 1 d.l., $p < 0.05$)

Lorsqu'on stratifie selon le sexe, peu importe la catégorie d'IMC, significativement plus de femmes que d'hommes avaient l'intention de perdre du poids; IMC ≥ 25 (87,9 % de femmes contre 70,0 % d'hommes; $\chi^2 = 5.68$, 1 d.l., $p < 0.05$); et IMC < 25 (43,3 % de femmes contre 29,2 % d'hommes; $\chi^2 = 3.95$, 1 d.l., $p < 0.05$)

On remarque également que significativement plus de femmes que d'hommes dans la catégorie d'individus pratiquant de l'activité physique ≤ 1 fois par semaine avaient l'intention d'en faire au moins 2 fois par semaine ou plus au cours des 6 prochains mois (66,7 % de femmes contre 44,6 % d'hommes; $\chi^2 = 8.55$, 1 d.l., $p < 0.05$)

De même, significativement plus de femmes que d'hommes dans la catégorie d'individus qui mangent occasionnellement ou jamais les aliments à haute teneur en gras, avaient l'intention de diminuer leur consommation de gras au cours des prochains mois (57,1 % de femmes contre 44,1 % d'hommes; $\chi^2 = 4.09$, 1 d.l., $p < 0.05$)

Passons à présent au sujet du changement de comportement, s'il y a lieu. Aucune différence n'a été constatée entre les deux catégories de répondants, ceux ayant de "mauvaises" ou de "bonnes" habitudes.

Cependant, selon le sexe, significativement plus de femmes que d'hommes dans la catégorie d'IMC < 25 ont déclaré avoir entrepris une démarche afin de perdre du poids

depuis leur visite au Village Santé (62,1 % de femmes contre 33,3 % d'hommes; $\chi^2 = 5.13$, 1 d.l., $p < 0.05$)

6.3 Connaissances sur la santé du coeur deux semaines plus tard

Concernant les symptômes de l'hypertension artérielle, on remarque au tableau 17 que significativement plus de répondants dans le deuxième questionnaire que dans le premier questionnaire ont fourni la réponse désirée "aucun symptôme" (20,2 % contre 14,2 %, $\chi^2 = 4.17$, 1 d.l., $p = 0.04$). Ce sont particulièrement les hommes qui avaient amélioré cette connaissance (13,7 % dans le premier questionnaire contre 24,5 % dans le deuxième). Aucune différence significative n'a été constatée dans les autres catégories de connaissance.

6.4 Appréciation des activités du Village Santé

Au tableau 18, on observe que presque les deux tiers des répondants ont trouvé la présentation des haltes très intéressante tandis que 35,9 % l'ont trouvée intéressante. Près du tiers (32 %) ont pris connaissance des activités à faire au cours de l'été à la halte Loisirs et voyages. Parmi ceux ayant pris de l'information, les deux tiers ont déclaré que celle-ci les aidait de beaucoup (27,8 %) ou moyennement (38,9 %) dans la planification des activités estivales.

Deux tiers des répondants pensaient avoir augmenté leurs connaissances sur la santé du coeur de beaucoup (20,1 %) ou moyennement (44,1 %), lors de leur visite au Village Santé. Presque tous les répondants (92,6 %) aimeraient que le Village Santé se répète à chaque année.

TABLEAU 12 - DEUXIÈME QUESTIONNAIRE

**Caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques
des 338 répondants deux semaines plus tard
(en pourcentage)**

CARACTÉRISTIQUES		%	(n)
Taux de réponse		82,0	(338/412)
Sexe	homme	41,1	(139)
	femme	58,9	(199)
Groupes d'âge	18-24 ans	7,4	(25)
	25-44 ans	65,7	(222)
	45-64 ans	22,8	(77)
	65 ans et plus	4,1	(14)
Habite à Laval	oui	76,3	(256/338)
État civil	célibataire	19,3	(65)
	marié(e)	68,2	(230)
	séparé(e)	3,6	(12)
	divorcé(e)	5,9	(20)
	veuf(ve)	3,0	(10)
Enfants < 18 ans	oui	61,2	(207/338)
Revenu familial en 1992	moins de 10 000 \$	5,4	(17)
	10 000 à 29 999 \$	33,1	(104)
	30 000 à 49 999 \$	36,0	(113)
	50 000 à 69 999 \$	15,9	(50)
	70 000 \$ et plus	9,6	(30)
Langue parlée à la maison	français	93,5	(316)
	anglais	3,8	(13)
	autre	2,7	(9)
Nombre moyen de personnes dans le ménage		3,2 ± 1,3 E.T. (n=337)	

TABLEAU 13 - DEUXIÈME QUESTIONNAIRE**Indice de masse corporelle selon le sexe et le groupe d'âge****(n=324)****(en pourcentage)**

GROUPE D'ÂGE/IMC	HOMME	FEMME	TOTAL
18-24 ans	(n=5)	(n=18)	(n=23)
< 20	20,0	44,4	39,1
entre 20 et 25	60,0	38,9	43,5
entre 25 et 27	-	-	-
> 27	20,0	16,7	17,4
25-44 ans	(n=86)	(n=129)	(n=215)
< 20	7,0	19,4	14,4
entre 20 et 25	51,2	56,6	54,4
entre 25 et 27	18,6	13,2	15,3
> 27	23,3	10,9	15,8
45-64 ans	(n=37)	(n=35)	(n=72)
< 20	2,7	-	1,4
entre 20 et 25	43,2	48,6	45,8
entre 25 et 27	18,9	22,9	20,8
> 27	35,1	28,6	31,9
65 ans et plus	(n=4)	(n=10)	(n=14)
< 20	-	10,0	7,1
entre 20 et 25	25,0	30,0	28,6
entre 25 et 27	25,0	40,0	35,7
> 27	50,0	20,0	28,6
TOTAL	(n=132)	(n=192)	(n=324)
< 20	6,1	17,7	13,0
entre 20 et 25	48,5	52,1	50,6
entre 25 et 27	18,2	15,1	16,4
> 27	27,3	15,1	20,1

TABLEAU 14 - DEUXIÈME QUESTIONNAIRE

Intention de changer le comportement deux semaines plus tard
(en pourcentage)

INTENTION		Définitivement ou probablement oui	Fait déjà	(n)
Faire vérifier la tension artérielle au cours des 6 prochains mois	H	46,8	27,3	(139)
	F	46,2	30,2	(199)
	T	46,4	29,0	(338)
Cesser de fumer la cigarette au cours des 6 prochains mois	H	25,9	22,2	(54)
	F	30,4	8,9	(55)
	T	28,2	15,5	(110)
Parler à leur(s) enfant(s) de 3 à 17 ans des effets nocifs de la cigarette au cours du prochain mois	H	86,4	-	(81)
	F	84,9	-	(126)
	T	85,5	-	(207)
Pratiquer l'activité physique au moins 2 fois/semaine au cours des 6 prochains mois	H	46,0	33,8	(139)
	F	55,3	34,2	(199)
	T	51,5	34,0	(338)
Diminuer le gras dans les recettes ou les repas au cours du prochain mois	H	47,5	41,0	(139)
	F	57,8	38,2	(199)
	T	53,6	39,2	(338)
Perdre du poids au cours des 6 prochains mois	H	41,7	-	(139)
	F	54,7	-	(199)
	T	49,4	-	(338)
Remplacer le sel par des fines herbes à l'occasion au cours du prochain mois	H	30,2	34,5	(139)
	F	38,1	39,1	(197)
	T	34,8	37,2	(336)
Remplacer les boissons alcoolisées par des boissons non alcoolisées à l'occasion au cours du mois prochain ¹	H	15,8	18,7	(139)
	F	27,3	13,6	(198)
	T	22,6	15,7	(337)

¹ Alcool: Il y avait 144 personnes (42,1 %) qui ont déclaré qu'elles ne boivent pas d'alcool, 51 étaient des hommes, 91 des femmes.

TABLEAU 15 - DEUXIÈME QUESTIONNAIRE

Changement de comportement par rapport à leurs
habitudes de vie, deux semaines plus tard, selon le sexe
(en pourcentage)

CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	HOMMES (n)	FEMMES (n)	TOTAL (n)
<u>Tension artérielle</u> : ont pris un rendez-vous chez le médecin afin de vérifier la tension artérielle	18,7 (139)	28,1 (159)	24,3 (338)
<u>Consommation de gras</u> : ont diminué la quantité de gras dans les recettes/repas	74,8 (139)	83,9 (199)	80,2 (338)
<u>Activité physique</u> : ont augmenté la fréquence de leur activité physique	28,8 (139)	39,2 (199)	34,9 (338)
<u>Tabagisme</u> : ont diminué la quantité de cigarettes fumées	35,2 (54)	30,4 (56)	32,7 (110)
ont parlé à leur(s) enfant(s) des effets nocifs de la cigarette	79,0 (81)	74,6 (126)	76,3 (207)
<u>Poids</u> : ont entrepris une démarche afin de:			
. perdre du poids	22,3 (139)	34,7 (199)	29,6 (338)
. gagner du poids	1,4 (139)	1,5 (199)	1,5 (338)
<u>Sel</u> ¹ : ont utilisé le sachet de fines herbes que nous leur avons remis pour remplacer le sel	38,7 (75)	59,2 (103)	50,6 (178)
<u>Alcool</u> ² : ont remplacé une consommation d'alcool par une boisson non alcoolisée au moins à une occasion	38,8 (80)	50,0 (114)	45,4 (194)

¹ Sel: 159 personnes (47,2 %) ont déclaré ne pas avoir reçu le sachet de fines herbes, 63 étaient des hommes, 96 des femmes.

² Alcool: 144 personnes (42,6 %) ont déclaré ne pas boire d'alcool, 51 étaient des hommes, 91 des femmes.

TABLEAU 16 - DEUXIÈME QUESTIONNAIRE

Intention de changer le comportement et changement de comportement
selon les catégories de "mauvaises" et de "bonnes" habitudes de vie
(en pourcentage)

Comportement	Intention de changement de comportement (deux semaines plus tard)			Changement de comportement (deux semaines plus tard)		
	HOMMES (n)	FEMMES (n)	TOTAL (n)	HOMMES (n)	FEMMES (n)	TOTAL (n)
Dernière vérification de la tension artérielle > 2 ans 0-24 mois	Faire vérifier la tension artérielle définitivement ou probablement oui			Ont pris un rendez-vous avec le médecin		
	35,0 (20) 49,5 (91)	43,8 (16) 48,1 (155)	38,9 (36) 48,6 (247)	15,6 (45)	28,6 (7) 28,0 (75)	14,2 (14) 23,3 (20)
Consommation d'aliments de haute teneur en gras toujours-fréquemment occas.-jamais	Diminuer le gras dans les recettes/repas définitivement ou probablement oui			Ont diminué la quantité de gras		
	54,3 (46) 44,1 (93)	61,3 (31) 57,1 (168)	57,1 (77) 52,5 (261)	80,0 (25) 70,7 (41)	84,2 (19) 83,3 (96)	81,8 (44) 79,6 (137)
Fréquence de l'activité physique ≤ 1 fois/semaine ou pas ≥ 2 fois/semaine	Pratiquer l'activité physique définitivement ou probablement oui			Ont augmenté la fréquence de leur activité physique		
	44,6 (83) 48,2 (56)	56,7 (90) 45,9 (109)	56,1 (173) 46,7 (165)	40,5 (37) 48,1 (27)	38,3 (60) 44,0 (50)	39,2 (97) 45,5 (77)
Tabagisme fumeur rég. ou occas.	Cesser de fumer définitivement ou probablement oui			Ont diminué de fumer la cigarette		
	25,9 (54)	30,4 (56)	28,2 (110)	57,1 (14)	58,8 (17)	58,1 (31)
fumeur rég. ou occas. non fumeur	Parler à leur(s) enfant(s) des effets nocifs de la cigarette définitivement ou probablement oui			Ont parlé à leur(s) enfant(s) des effets nocifs de la cigarette		
	82,9 (35) 89,1 (46)	88,1 (42) 83,3 (84)	85,7 (77) 85,4 (130)	93,1 (29) 100,2 (41)	83,8 (37) 88,6 (70)	87,9 (66) 89,2 (111)
Indice de masse corporelle ≥ 25,0 < 25,0	Perdre du poids définitivement ou probablement oui			Ont entrepris une démarche afin de perdre du poids		
	70,0 (60) 20,8 (72)	87,9 (58) 39,5 (134)	78,8 (118) 33,0 (206)	47,6 (42) 33,3 (21)	58,8 (51) 62,1 (58)	53,8 (93) 54,4 (79)

TABLEAU 17 - DEUXIÈME QUESTIONNAIRE

**Comparaison des connaissances sur la santé du coeur entre
le premier questionnaire et le deuxième selon le sexe
(en pourcentage)**

CONNAISSANCES	PREMIER QUESTIONNAIRE VILLAGE SANTÉ	DEUXIÈME QUESTIONNAIRE DEUX SEMAINES PLUS TARD
Symptômes de la tension artérielle aucun	H 13,7 (139) F 14,6 (198) T 14,2 (337)	H 24,5 (139) F 17,2 (198) T 20,2 (337)
Cesser de fumer diminue le risque de MCV rapidement vrai	H 82,0 (139) F 72,9 (199) T 76,6 (338)	H 81,3 (139) F 83,4 (199) T 82,5 (338)
Les exercices agréables et d'intensité modérée sont les meilleurs pour le coeur vrai	H 96,4 (138) F 96,9 (196) T 96,7 (334)	H 94,9 (138) F 95,4 (196) T 95,2 (334)
Il est possible de diminuer le gras et le sucre dans les recettes sans altérer le goût vrai	H 89,9 (139) F 96,4 (197) T 93,8 (336)	H 93,5 (139) F 96,4 (197) T 95,2 (336)

TABLEAU 18 - DEUXIÈME QUESTIONNAIRE

**Appréciation des activités selon le sexe
(n=337)
(en pourcentage)**

	HOMME	FEMME	TOTAL
Présentation des kiosques	(n=139)	(n=198)	(n=337)
très intéressant	56,1	69,2	63,8
intéressant	43,9	30,3	35,9
peu intéressant	-	0,5	0,3
Pris connaissance des activités à faire cet été au kiosque de loisirs/voyage	(n=139)	(n=199)	(n=338)
oui	28,1	34,7	32,0
les informations les aident dans la planification de leurs activités estivales	(n=39)	(n=69)	(n=108)
beaucoup	23,1	30,4	27,8
moyennement	41,0	37,7	38,9
un peu	33,3	26,1	28,7
pas du tout	2,6	5,8	4,6
Pensent avoir amélioré leurs connaissances sur la santé du coeur lors de leur visite au Village Santé	(n=139)	(n=199)	(n=338)
beaucoup	19,4	20,6	20,1
moyennement	40,3	46,7	44,1
un peu	29,5	21,1	24,6
pas du tout	10,8	11,6	11,2
Aimeraient que le Village Santé se répète à chaque année aux 2 ans	(n=138)	(n=199)	(n=337)
à chaque année	92,0	93,0	92,6
aux 2 ans	8,0	7,0	7,4

SEPTIÈME CHAPITRE

Discussion

Avant d'aborder une brève discussion des résultats, il serait important de mentionner les limites de cette enquête. Dû à un manque de données sur la population-cible, il aurait été difficile de bâtir un groupe témoin pour la partie d'évaluation d'impact. Sans un groupe de comparaison, nous n'étions pas en mesure de distinguer l'impact réel du Village Santé de celui associé à la simple exposition à notre questionnaire, ou de celui associé à d'autres facteurs environnementaux ou personnels. Nous ne pouvions pas tenir compte non plus de la possibilité que les gens visitant notre foire de la santé étaient, dès le départ, motivés ou avaient déjà entrepris une démarche de changement de comportement avant même de visiter le Village Santé. Reconnaissant les limites de ce devis de recherche, l'emphase a donc été mis sur le caractère descriptif et l'impact possible de notre événement.

À noter également que notre échantillon, étant composé de seulement 72 % de Lavallois et ayant légèrement plus de femmes et plus de personnes âgées entre 25 et 44 ans, n'est pas tout à fait représentatif de la population de Laval. Toute généralisation des résultats doit donc être faite avec prudence.

Les principaux résultats de notre étude soulignent le fait que le Village Santé est une activité familiale. La majorité des répondants étaient âgés entre 25 et 44 ans, mariés ou en union libre et accompagnés à l'événement par leur conjoint-e et/ou leur-s enfant-s. Par ailleurs, plus du tiers des répondants avaient déjà visité le Village Santé au cours des années passées.

En terme de profil des habitudes de vie, une comparaison de nos données avec celles provenant de l'Enquête Santé Québec sur la santé cardio-vasculaire (1990), révèle que les participants du Village Santé sont semblables à leurs compatriotes Québécois: 75 % de nos sujets comparativement à 71 % de ceux de l'ESQ-SCV (1990), avaient fait vérifier leur tension artérielle au cours de la dernière année; 67 % de nos répondants comparativement à

65 % de ceux de l'ESQ-SCV (1990) avaient pratiqué de l'activité physique au moins une fois par semaine ou plus au cours des derniers mois. Cependant, significativement moins de nos sujets que ceux de l'ESQ-SCV (1990) fumaient régulièrement (26 % au Village Santé contre 31 % à l'ESQ-SCV; $p = 0.01$) ou avaient un IMC supérieur ou égal à 25 (36% au Village santé contre 43 % à l'ESQ-SCV; $p = 0.02$). À noter que les écarts observés peuvent être dus en partie aux différences méthodologiques entre les deux enquêtes. Entre autre, la question sur le tabac dans notre questionnaire était légèrement différente de celle de l'ESQ-SCV; l'IMC de l'ESQ-SCV était basé sur les mesures de la taille et du poids prises en clinique, tandis que les nôtres étaient basées sur la taille et le poids rapportés.

Le fait que notre enquête révèle que significativement plus d'hommes que de femmes fumaient régulièrement ou occasionnellement, mangeaient fréquemment ou toujours des aliments à haute teneur en gras, ou avaient un IMC supérieur à 25, nous porte à souligner qu'il y a encore du travail à effectuer chez la population masculine en ce qui concerne la promotion de la santé cardio-vasculaire. À cette fin, la Direction de la Santé publique de Laval (nouvelle appellation de la Direction de la santé communautaire de Cité de la Santé de Laval), dans le cadre d'une initiative fédérale-provinciale, a entrepris des démarches depuis un an pour promouvoir de saines habitudes de vie chez les hommes habitant dans un quartier expérimental.

Par ailleurs, la stratification par âge nous montre des habitudes différentes selon les groupes d'âge. Par exemple, le tabagisme et la consommation de gras diminueraient significativement avec l'âge tandis que l'IMC augmenterait. Ces constatations offrent la possibilité de segmenter le marché afin de mieux cibler certains sous-groupes de la population et mieux préciser les objectifs d'intervention.

Comme mentionné préalablement, il a été difficile de mesurer l'impact de ce type d'événement sans un groupe témoin. Néanmoins, les résultats impressionnants, portant sur les intentions et les changements de comportement, suggèrent un effet possible de notre activité. En ce qui a trait uniquement au changement de comportement, l'enquête démontre

qu'entre 45 et 80 % de nos répondants, suite à leur visite au Village Santé, ont déclaré qu'ils avaient diminué leur consommation de gras (80 %), parlé à leur-s enfant-s des effets nocifs de la cigarette (75 %), essayé le sachet de fines herbes afin de remplacer le sel (51 %) et remplacé une consommation d'alcool par une boisson non alcoolisée à au moins une occasion (45 %). Entre le quart et le tiers des sujets avaient augmenté leur fréquence de l'activité physique, diminué la quantité de cigarettes fumées et entrepris une démarche afin de perdre du poids. Les changements de comportement plus faibles chez les hommes pour certaines variables comme la diminution de gras, essai du sachet de fines herbes, augmentation de l'activité physique ou prise de rendez-vous avec le médecin afin de faire vérifier la tension artérielle, mettent en évidence la nécessité de cibler cette population davantage dans nos activités de promotion de la santé du coeur.

D'autre part, les répondants de notre enquête ont démontré une bonne maîtrise des connaissances relatives à la santé cardio-vasculaire à l'exception de la connaissance sur le fait que l'hypertension artérielle est asymptomatique. Cependant, significativement plus d'individus ont fourni la réponse désirée d'"aucun symptôme" deux semaines plus tard (20 % contre 14 %), ce qui indique un impact possible de notre intervention. Néanmoins, l'éducation du public devrait être intensifiée sur ce sujet.

Par ailleurs, peu importe que les individus aient de bonnes ou de mauvaises habitudes de vie, ils ont en général démontré un niveau similaire d'intention de changement de comportement et de changement de comportement deux semaines après l'événement. Dans un même contexte, nous proposons d'intensifier les stratégies éducatives qui augmenteraient les habiletés cognitives et psychomotrices, c'est-à-dire de fournir aux individus la possibilité de passer à l'action comme par exemple en favorisant l'essai d'un nouveau comportement, en permettant les inscriptions à des activités sur le site ou en faisant connaître les ressources disponibles dans la communauté qui supportent un mode de vie sain.

Finalement, l'événement fut grandement apprécié par les répondants. Ainsi, la quasi

totalité des sujets ont trouvé la présentation des haltes très intéressante ou intéressante; 92,6% des gens aimeraient que le Village Santé se répète à chaque année; et presque les deux tiers pensent avoir amélioré leurs connaissances sur la santé du coeur de beaucoup (20,1 %) ou de moyennement (44,1 %) lors de leur visite.

Conclusion

À la lueur des limites de cette recherche, nos résultats, comme ceux de d'autres études, soulèvent la possibilité que les foires de la santé peuvent avoir un impact positif sur les connaissances et les comportements à risque à court terme. Dans ces foires, on pourrait déjà envisager des plans d'action pour les individus qui ont un niveau élevé de connaissances sur la santé du coeur et qui sont motivés à entreprendre des changements de comportement.

Étant donné la bonne maîtrise des connaissances relatives à la santé cardio-vasculaire et le fait que le tiers des personnes présentes sur le site disent avoir déjà visité le Village Santé au cours des années passées, il serait bénéfique de réviser les objectifs et le contenu de présentation des haltes dans le but d'améliorer nos interventions et de maintenir l'intérêt. Dû au caractère familial de l'événement, il pourrait également être intéressant d'élargir le contenu de programmation du Village Santé à d'autres sujets de santé qui concernent la famille.

De plus, l'avènement d'intention et de changement de comportement à court terme devrait être supporté par un suivi où d'autres services communautaires mettraient de l'avant des activités de promotion de saines habitudes de vie pour favoriser non seulement l'essai d'un nouveau comportement mais aussi une adoption à long terme.

Cette étude démontre que les foires de la santé sont capables de rejoindre un grand nombre de personnes qui semblent avoir été touchées positivement par leur expérience. Les planificateurs de la santé gagneraient à inclure une évaluation dans leurs projets

d'intervention et permettraient ainsi à d'autres professionnels de la santé de profiter de leurs résultats. De plus, nous pourrions enrichir la littérature limitée sur l'efficacité de ces événements et faciliter l'établissement d'objectifs réalistes basés sur l'expérience des autres chercheurs.

Le défi à surmonter consiste donc à améliorer les évaluations des foires de la santé afin de pouvoir savoir quels sont les impacts réels de ces événements et les activités qui amènent les changements d'attitudes, les intentions de changement de comportement et les changements de comportement. Ces données permettraient de mieux connaître notre population et de créer une ouverture vers des stratégies et des approches nouvelles dans le domaine de la promotion de la santé. Idéalement, les recherches futures devraient utiliser des devis d'évaluation pré-test post-test, avec groupe de comparaison, afin de nous renseigner de façon plus précise sur l'impact réel de ce type d'événement.

RÉFÉRENCES

- Aeson, N., Miller, M. (1986). Health Fairs: A Non-Traditional Introduction to Community Health Nursing. Journal of Nursing Education ; 25 (2), 72-4.
- Berwick, D. M. (1985). Screening in Health Fairs. JAMA , 254 (11), 1492-8.
- Blumenthal, D. S., Kahn, H. S. (1979). Planning a Community Health Fair. Public Health Reports, 94, 156-161.
- Bryan, J. M., Deveraux, J. M., York, M. L., Schoh, R. J. (1991). How Effective are Health Fairs? Quantitative Evaluation of a Community Health Fair. American Journal of Public Health, novembre/décembre, 6 (2), 85-88.
- Carter, .K. F. The Health Fair as an Effective Health Promotion Strategy. (1991). AAOHN, 39 (11), 513-516.
- Chrétien, S. Morbidité hospitalière 1981-82, 1982-83, 1983-84. DSC de Cité de la Santé de Laval, Laval, 1987.
- Clark, M. J. (1985). The Health Fair: an Effective Approach to Health Promotion? Public Health Nursing, 2 (1), 33-42.
- Dick, W., & Carey, L. (1990). The Systematic Design of Instruction. (3e éd.) Glenwood, Illinois: Harper Collins.
- Faits saillants de l'enquête québécoise sur la santé cardio-vasculaire 1990; Santé-Québec avec la collaboration de ministère de la Santé et des Services Sociaux, Centres Locaux des Services Communautaires, Bureau de la statistique du Québec, Département de santé communautaire, Santé et Bien-être Canada, Fondation des maladies du coeur du Québec, mai 1991.
- Germer, P., Price, J. (1981). Organizing and Evaluation of Health Fairs. The Journal of School Health, 51 (2), 86-90.
- Gagnon, G., Shatenstein, B. (1989). Consommation lipidique des résidents du Montréal-Métropolitain. DSC Hôpital Général de Montréal, Montréal.

- Goldman, L., Cook E. (1984). The Decline in Ischemic Heart Disease Mortality Rates. Annals of Internal Medicine, 101, 825-36.
- Green, L., McAlister, A. (1984). Macro Intervention to Support Health Behaviors: Some Theoretical Perspectives and Practical Reflexions. Health Education Quarterly 11, 323-339.
- Greene, WH., Simons-Morton, BG. (1984). Introduction to Health Education. New York: Macmillan Publishing Company.
- Grunig, J.E. (1989). Publics, Audiences and Market Segments: Segmentation Principles for Campaigns. In Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change, Salmon, C.T. 199-218. Newbury Park/London/New Delhi: Sage 306 p.
- Kittleson, M., Carver, V. (1989). The Status of Health Fairs: Perspectives from the Health Education Profession. Health values, 63 (3), 11-4.
- Kotler, P., Roberto, E. (1989). Social Marketing: Strategies for Changing Public Behavior. New York: The Free Press.
- Kotler, P., Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. Journal of Marketing, 35, 3-12.
- Lefebvre, C., Flora, J. (1988). Social Marketing and Public Health Intervention. Health Education Quarterly, 15, 299-315.
- Ling, JC., Franklin, BA., Lindsteadt, JF., Gearon, SA. (1992). Social Marketing: Its Place in Public Health. Annu Rev Public Health, 13, 341-62.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1989). Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations. Gouvernement du Québec, Québec.
- Mintz, J. (1988/89). Le marketing social: une nouvelle arme pour un vieux combat. Promotion de la santé, 27 (3), 6-12.
- Pells, S., Fayerweather, W. (1985). Trends in the Incidence of Myocardial Infarction and in Associated Mortality and Morbidity in a Large Employed Population 1957-1983. New England Journal of Medicine, 312, 1005-11.

- Pica, L.A., Boucher, M.M., Grignon, R. (1990). Étude de la prévalence de l'hypertension artérielle à Laval. Canadian Journal of Public Health, 81, 427-430.
- Ritchie, N.D. (1976). Some Guidelines for Conducting a Health Fair. Public Health Reports, 91, 261-64.
- Rogers, E.M., Shoemaker, F.F. (1971). Communication of Innovations: a Cross Cultural Approach. (2e éd.) New York: Free Press.
- Santé-Québec: Statistiques lavalloises.
- Serina, M., Giove, S. (1991). Health Fairs Bring Wellness Concepts to Life. Nurse Education, 16 (6), 7-11.
- Shea, S., Basch, C.E. (1990a). A Review of Five Major Community-Based Cardiovascular Disease Prevention Programs. Part I: Rationale, Design, and Theoretical Framework. American journal of Health Promotion, 4, 203-13.
- Shea, S., Basch, C.E. (1990b). A Review of Five Major Community-Based Cardiovascular Disease Prevention Programs. Part II: Intervention Strategies, Evaluation Methods, and Results. American journal of Health Promotion, 4, 279-87.
- Wallack, L. (1990). Two Approaches to Health Promotion in the Mass Media. World Health Forum, 11 (2), 143-54.
- Watts, P.R., Stinson, W.J. (1981). The Health Education Carnival: Giving the Old Health Fair a Facelift. Health Education, 12 (6), 23-5.
- Werch, C.E., Schroeder, D.A., Matthews, L.L. (1986). The Health Fair as a Health Promotion Strategy: Effects on Health Risk Behaviors and the Utility of Specific Health Fair Activities. J Am Coll Health, 35 (2), 74-9.
- Young, E. (1988/89). Le marketing social: son origine, son orientation. Promotion de la santé, 27 (3), 2-5.

BIBLIOGRAPHIE

- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Beaver, N., di Grande, A., Case, C. (1984). A Step-by-Step Guide to Planning a Children's Health Fair. Issues Compr Pediatric Nursing, 7 (2-3), 155-63.
- Clarke, R.M., Allen, G., McBay, S., Heaney, S. (1990). Improving the Quality of Community Health Surveys and Community Health Promotion Campaigns by Feedback from the Community: Experience from the Wallsend Community Health Project. Community Health Studies, 14 (1), 27-34.
- Campbell, DT., & Stanley, JC. (1963). Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research. Houghton Mifflin Company.
- Cook, TD., Campbell, DT. (1979). Quasi-Experimentation. Design & Analysis Issues For Field Settings. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Devine, P.G., Hirt, E.R. (1989). Message Strategies for Information Campaigns: A Social-Psychological Analysis. In Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change, Salmon, C.T. 229-58. Newbury Park/London/New Delhi: Sage 306 p.
- Israel, B. (1985). Social Networks and Social Support: Implication for Natural Helper and Community Level Interventions. Health Education Quarterly, 12, 65-80.
- James, S. (1980). Evaluation of a Health Fair. TAHPERJ, 58: 12-34.
- Lafferty, J., Guyton, R., Pratt, LE. (1976). Health Fairs. Health Education, 7: 24-26.
- McGuire, W.J. (1984). Public Communication as a Strategy for Inducing Health Promotion Behavior Change. Preventive Medicine, 13: 299-319.
- Roberts, D.F., Maccoby, N. (1985). Effects of Mass Communication. In Handbook of Social Psychology, Lindzey, I.G., Aronson, E. 539-98. New York: Random House.

- Solomon, D. A. (1989). Social Marketing Perspective of Communication Campaigns. In Public Communication Campaigns Rice, C.K., Atkin. 87-104. Newbury Park/London/New Delhi: Sage 367 p. 2nd ed.
- Wilkinson, P., Tylden-Patterson, L. (1979). The Successful Promotion of Behavioral Change and Increase in Knowledge by Means of Active Participation in a "Look After Yourself" Exhibition. Health Education Journal, 38, 3-9.

ANNEXE 1

**Répartition de la population lavalloise (recensement 1991)
comparativement aux répondants présents au
Village Santé le 30 mai 1993, par groupe d'âge**

Groupe d'âge/Sexe		Population lavalloise du recensement 1991 % (n)	Répondants le 30 mai 1993 % (n)
18-24 ans	H	6,8 (15 730)	7,8 (18)
	F	12,6 (14 805)	10,2 (33)
	T	13,2 (30 535)	9,2 (51)
25-44 ans	H	46,7 (53 240)	64,5 (149)
	F	46,4 (54 505)	66,5 (216)
	T	46,5 (107 755)	65,6 (365)
45-64 ans	H	31,3 (35 635)	24,2 (56)
	F	31,2 (36 735)	18,2 (59)
	T	31,3 (72 370)	20,7 (115)
65 ans et plus	H	8,2 (9 380)	3,5 (8)
	F	9,8 (11 515)	5,2 (17)
	T	9,0 (20 905)	4,5 (25)
TOTAL	H	49,2 (113 985)	41,5 (231)
	F	50,8 (117 560)	58,5 (325)
	T	100,0 (231 545)	100,0 (556)

ANNEXE 2A - PREMIER QUESTIONNAIRE

**Caractéristiques socio-démographiques et au sujet de la présence
selon le lieu de résidence
% (n)**

CARACTÉRISTIQUES		LAVAL (n = 398)	HORS LAVAL (n = 158)	TOTAL (n = 556)
Sexe	homme	41,7 (166)	41,1 (65)	41,5 (231)
	femme	58,3 (232)	58,9 (93)	58,5 (325)
Groupes d'âge	18-24 ans	9,3 (37)	8,9 (14)	9,2 (51)
	25-44 ans	62,1 (247)	74,7 (118)	65,6 (365)
	45-64 ans	22,9 (91)	15,2 (24)	20,7 (115)
	≥ 65 ans	5,8 (23)	1,3 (2)	4,5 (25)
Accord des participants pour être rappelés 2 semaines plus tard				
oui		79,9 (318)	74,1 (117)	78,2 (435)
Participants qui sont venus principalement pour:				
Centre de la Nature		23,8 (93)	41,1 (65)	28,8 (158)
Fête de la santé du coeur		48,3 (189)	36,1 (57)	44,8 (246)
les deux		27,9 (109)	22,8 (36)	26,4 (146)
Participants qui ont déjà:				
assisté à la Fête		29,3 (115)	20,3 (32)	26,7 (147)
visité le Village Santé		38,4 (150)	27,8 (44)	35,3 (194)
Participants qui sont venus avec:				
conjoint(e)		38,5 (153)	49,4 (78)	41,6 (231)
enfant(s)		51,9 (206)	48,7 (77)	51,0 (283)
autre famille		16,4 (65)	25,3 (40)	18,9 (105)
ami(e)(s)/collègue(s)		22,2 (88)	24,7 (39)	22,9 (127)
venu(e) seul(e)		8,8 (35)	4,4 (7)	7,6 (42)

ANNEXE 2B - PREMIER QUESTIONNAIRE

Village Santé - le 30 mai 1993

**L'endroit où les participants avaient entendu parler de la
Fête de la santé du coeur selon le lieu de résidence***
% (n)

ENDROIT		LAVAL (n = 396)	HORS LAVAL (n = 158)	TOTAL (n = 554)
Dans un journal	oui	21,2 (84)	4,4 (7)	16,4 (91)
Par leur conjoint(e), un autre membre de la famille ou ami(e)(s)	oui	13,4 (53)	22,8 (36)	16,1 (89)
Au travail	oui	8,1 (32)	10,1 (16)	8,7 (48)
Par l'école de leur enfant	oui	11,1 (44)	0,6 (1)	8,1 (45)
Par une publicité/affiche dans la rue	oui	6,6 (26)	4,4 (7)	5,9 (33)
À la radio	oui	6,3 (25)	4,4 (7)	5,8 (32)
Par le réseau de la santé	oui	2,3 (9)	1,2 (2)	2,0 (11)
À la télévision	oui	0,5 (2)	1,3 (2)	0,7 (4)
Autre ¹	oui	4,8 (19)	2,5 (4)	4,2 (23)
Ne sais pas		6,3 (25)	7,0 (11)	6,5 (36)
N'en avait pas entendu parler		21,5 (85)	36,1 (57)	25,6 (142)

* N.B.: Le total peut être supérieur à 100 % parce que les répondants ont pu choisir plus d'une réponse.

¹ Autre: par une compagnie, à l'Option Laval, à l'école, par un commanditaire, travaille comme bénévole, non spécifié.

ANNEXE 2C - PREMIER QUESTIONNAIRE

Village Santé - le 30 mai 1993

Habitudes de vie selon le lieu de résidence
% (n)

VARIABLES		LAVAL	HORS LAVAL	TOTAL
Comportements:				
. déjà fait vérifier la tension artérielle (oui)	H	77,0 (127/165)	75,4 (49/ 65)	76,2 (176/231)
	F	85,3 (198/232)	76,3 (71/ 93)	82,8 (269/325)
	T	81,9 (325/397)	75,9 (120/158)	80,0 (445/556)
. dernière vérification de la tension artérielle (\geq 2 ans)	H	14,4 (18/125)	20,4 (10/ 49)	16,1 (28/174)
	F	9,1 (18/198)	14,3 (10/ 70)	10,4 (28/268)
	T	11,1 (36/323)	16,8 (20/119)	12,7 (56/442)
. Fumeur (rég. ou occas.)	H	40,9 (68/166)	31,2 (20/ 64)	38,2 (88/230)
	F	28,8 (67/232)	28,0 (26/ 93)	28,6 (93/325)
	T	33,9 (135/398)	29,3 (46/157)	32,6 (181/555)
. activité physique au cours des 3 derniers mois (aucune fois)	H	17,5 (29/166)	10,8 (7/ 65)	15,6 (36/231)
	F	12,9 (30/232)	15,1 (14/ 93)	13,5 (44/325)
	T	14,8 (59/398)	13,3 (21/158)	14,4 (80/556)
. consommation des aliments à haute teneur en gras (toujours ou fréquemment)	H	34,5 (57/165)	36,9 (24/ 65)	35,2 (81/230)
	F	11,2 (26/231)	21,5 (20/ 93)	14,2 (46/324)
	T	21,0 (83/396)	27,9 (44/158)	22,9 (127/554)
Connaissances:				
. symptômes de la tension artérielle (aucun)	H	12,7 (21/166)	9,2 (6/ 65)	11,7 (27/231)
	F	14,2 (33/232)	18,5 (17/ 92)	15,4 (50/324)
	T	13,6 (54/398)	14,6 (23/157)	13,9 (77/555)
. cesser de fumer diminue le risque de MCV rapidement (vrai)	H	72,9 (121/166)	76,9 (50/ 65)	74,0 (171/231)
	F	70,6 (163/231)	80,6 (75/ 93)	73,5 (238/324)
	T	71,5 (284/397)	79,1 (125/158)	73,7 (409/555)
. exercices agréables et d'intensité modérée sont les meilleurs pour le coeur (vrai)	H	95,8 (158/165)	95,4 (62/ 65)	95,7 (220/230)
	F	96,5 (219/227)	96,8 (90/ 93)	96,6 (309/320)
	T	96,2 (377/392)	96,2 (152/158)	96,2 (529/550)
. possible de diminuer le gras et le sucre dans les recettes sans altérer le goût (vrai)	H	89,2 (148/166)	86,2 (56/ 65)	88,3 (204/231)
	F	94,8 (218/230)	96,8 (90/ 93)	95,4 (308/323)
	T	92,4 (366/396)	92,4 (146/158)	92,4 (512/554)

QUESTIONNAIRE ADMINISTRÉ PAR L'INTERVIEWER
AU VILLAGE SANTÉ

80

NE RIEN INSCRIRE

R1. Pré-test

R2. Numéro d'identification (unique)

1. Bonjour! Avez-vous 18 ans ou plus?
oui..... 1 non..... 2 FIN DE L'ENTREVUE
2. Aujourd'hui, êtes-vous venu(e) principalement pour visiter le Centre de la Nature ou pour les activités offertes par la Fête de la Santé du Coeur?
Centre Nature... 1 Fête Santé... 2 les deux... 3

2. En cas de pluie: Aujourd'hui, êtes-vous venu(e) spécialement pour le Village Santé?

oui... 1 non... 2 → PASSES À LA Q.5

3. a) Avez-vous déjà assisté à la Fête de la Santé du Coeur?
oui... 1 non... 2
- b) Avez-vous déjà visité le Village Santé au cours des années passées?
oui... 1 non... 2
4. Où avez-vous entendu parler de la Fête de la Santé du Coeur? (NE PAS LIRE LES RÉPONSES ET ENCERCLER TOUTES CELLES MENTIONNÉES)

OUI

- n'en avait pas entendu parler 1
- à la radio 1
- dans le journal 1
- à la télévision 1
- au travail 1
- par l'école de leur enfant 1
- par leur conjoint(e) 1
- autres 1

Si autres, spécifiez: _____

- ne sais pas 1

5. Avec qui êtes-vous venu(e) aujourd'hui?
(NE PAS LIRE LES RÉPONSES ET ENCERCLER TOUTES CELLES MENTIONNÉES)

- je suis venu(e) seul(e) 1
- conjoint(e), époux, épouse 1
- enfant(s) 1
- un autre membre de la famille 1
- ami(e)(s), collègue(s) 1

6. a) Avant cette entrevue, avez-vous déjà fait vérifier votre tension artérielle (pression sanguine)?

oui... 1 non... 2 ne sais pas... 8

- b) Si oui, combien de temps s'est-il écoulé depuis la dernière fois qu'on a vérifié votre tension artérielle? (LIRE LES ÉNONCÉS 1 À 4)

- moins de 6 mois..... 1
- 6 à 12 mois..... 2
- plus d'un an mais moins de 2 ans..... 3
- plus de 2 ans..... 4
- ne sais pas..... 8

7. Comment décririez-vous votre usage de la cigarette?
(LIRE LES ÉNONCÉS)

- je fume régulièrement à tous les jours.... 1
- je fume occasionnellement..... 2
- j'ai déjà fumé mais je ne fume plus..... 3
- je n'ai jamais fumé..... 4

☐ (1)☐ (2-4)☐ (5)☐ (6)☐ (7)☐ (8)☐ (9)☐ (10)☐ (11)☐ (12)☐ (13)☐ (14)☐ (15)☐ (16)☐ (17)☐ (18)☐ (19)☐ (20)☐ (21)☐ (22)☐ (23)☐ (24)☐ (25)☐ (26)

8. Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques pendant 20 à 30 minutes par séance? (LIRE LES ÉNONCÉS)

- aucune fois..... 1
 - environ 1 fois par mois..... 2
 - environ 2 à 3 fois par mois.... 3
 - 1 fois par semaine..... 4
 - 2 fois par semaine..... 5
 - 3 fois et plus par semaine..... 6

☐ (27)

9. Dans quelle mesure mangez-vous habituellement des aliments à haute teneur en gras tels que les sauces, les fritures et certains casse-croûte? (LIRE LES ÉNONCÉS)

toujours.. 1 fréquemment.. 2 occasionnellement.. 3 jamais.. 4

☐ (28)

10. Parmi les énoncés suivants, lequel choisissez-vous: Les gens qui ont une tension artérielle (pression sanguine) élevée ont généralement: (LIRE LES ÉNONCÉS 1 à 5)

- des maux de tête..... 1
 - des étourdissements..... 2
 - des rougeurs au visage..... 3
 - toutes ces réponses..... 4
 - aucun symptôme..... 5
 - ne sais pas..... 8

☐ (29)

11. Vrai ou faux: dès que vous cessez de fumer, le risque d'éventuelles maladies du coeur diminue rapidement.

vrai..... 1 faux..... 2 ne sais pas..... 8

☐ (30)

12. Vrai ou faux: les exercices agréables et d'intensité modérée sont les meilleurs exercices pour garder un coeur en santé.

vrai..... 1 faux..... 2 ne sais pas..... 8

☐ (31)

13. Vrai ou faux: il est possible de diminuer le gras et le sucre dans nos recettes habituelles sans altérer le goût.

vrai..... 1 faux..... 2 ne sais pas..... 8

☐ (32)

- 14.a) Quel est votre âge? _____ ans

SI LA PERSONNE NE VEUT PAS DONNER SON ÂGE: Dans quel groupe d'âge êtes-vous? (LIRE)

18-24 ans..... 1 45-64 ans..... 3
 25-44 ans..... 2 65 ans et plus..... 4

☐
☐ (33-34)

☐ (35)

- b) Indiquer le sexe. homme..... 1 femme..... 2

☐ (36)

- 15.a) Habitez-vous à Laval? oui..... 1 non..... 2

☐ (37)

- b) Pour des fins statistiques seulement, quels sont les trois premiers caractères de votre code postal?

☐
☐ (38-40)

16. Afin d'évaluer notre Village Santé et de l'améliorer, il serait important pour nous d'obtenir vos impressions sur les activités de la journée. Serait-il possible de vous rappeler dans environ 2 semaines pour une brève entrevue de 5 à 10 minutes? Soyez assuré que toutes les informations recueillies resteront confidentielles.

oui..... 1 non..... 2

☐ (41)

Si oui, votre nom: _____

votre numéro de téléphone où nous pouvons vous rejoindre,

le jour: _____ le soir: _____

NE RIEN INSCRIRE

R12. Numéro d'identification (unique) _____

Mous vous remercions de votre collaboration.

**QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE SUR L'ÉVALUATION
DU VILLAGE SANTÉ DE LA FÊTE DE LA SANTÉ DU CŒUR**

R11. Post-test

R12. Numéro d'identification (unique)

R13. Sexe homme..... 1
 femme..... 2

82

NE RIEN INSCRIRE

☐ 2 (1)☐ (2-4)☐ (5)

REGISTRE DES CONTACTS TÉLÉPHONIQUES

<u>Date (jour-mois)</u>	<u>Heure</u>	<u>Résultats</u>
1. - - - -	_____	_____
2. - - - -	_____	_____
3. - - - -	_____	_____
4. - - - -	_____	_____
5. - - - -	_____	_____

R14. Résultat final:

Questionnaire complété..... 1
 Questionnaire incomplet..... 2
 Pas de réponse le jour ou le soir..... 3
 Répondant non disponible..... 4
 Refus du répondant..... 5
 Mauvais numéro(s) de téléphone..... 6
 Autre..... 7

Si autre, spécifier: _____

RÉSULTAT
FINAL:☐ (6)R15. Inscrire le nombre d'appels téléphoniques lors du contact avec la
personne indiquée☐ (7)

Bonjour Monsieur/Madame _____,

Je suis _____ et je vous appelle de la part de la Direction de la santé communautaire de Laval. Il y a deux semaines, vous avez été interviewé(e) au Village Santé dans le cadre de la Fête de la Santé du Coeur. À ce moment-là, vous nous aviez donné votre accord pour être appelé pour une entrevue d'environ cinq-dix minutes afin d'évaluer les activités de la journée. Auriez-vous quelques minutes pour répondre à nos questions? (SI NON) Quand pourrait-on vous rappeler?

Les questions qui suivent ont plusieurs réponses possibles. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Choisissez celle qui vous convient le mieux. Soyez assuré(e) que toutes les informations recueillies dans ce questionnaire demeureront confidentielles.

- 1 De façon générale, comment avez-vous trouvé la présentation des kiosques au Village Santé? (LIRE LES RÉPONSES 1 à 4)

très intéressante..... 1
intéressante..... 2
peu intéressante..... 3
pas du tout intéressante..... 4
ne sais pas..... 8
PR, refus, NAP..... 9

☐ (8)

2. Suite à votre visite au Village Santé, avez-vous l'intention de:
(LIRE LES ÉNONCÉS 1 à 5)

	Définitivement oui	Probablement oui	Peut- être	Probablement non	Définitivement non	PR refus NAP
a) faire vérifier votre tension artérielle au cours des 6 prochains mois?	1	2	3	4	5	9
b) remplacer les boissons alcoolisées par des boissons non alcoolisées à l'occasion au cours du prochain mois?	1	2	3	4	5	9
c) remplacer le sel par des fines herbes à l'occasion au cours du prochain mois?	1	2	3	4	5	9
d) diminuer le gras dans vos recettes ou vos repas au cours du prochain mois?	1	2	3	4	5	9
e) pratiquer de l'activité physique au moins 2 fois/semaine au cours des 6 prochains mois?	1	2	3	4	5	9
f) cesser de fumer la cigarette au cours des 6 prochains mois, si vous êtes un fumeur?	1	2	3	4	5	9

☐ (9)

☐ (10)

☐ (11)

☐ (12)

☐ (13)

☐ (14)

NOTE À L'INTERVIEWER: Si la personne dit qu'elle ne fume pas, encerclez le code 9

- g) modifier votre poids au cours des 6 prochains mois?

1 2 3 4 5 9

☐ (15)

NOTE À L'INTERVIEWER: Si la personne répond "Définitivement oui" ou "Probablement oui", posez-lui la question 3, sinon passez à la question 4.

3. Pour vous, modifier votre poids ça veut dire de perdre du poids ou d'en gagner?

perdre..... 1
gagner..... 2
ne sais pas..... 8
PR, refus, NAP..... 9

☐ (16)

4. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation par rapport à la cigarette?

Suite à ma visite au Village Santé: (LIRE LES ÉNONCÉS 1 À 4)

j'ai cessé de fumer..... 1
 je suis demeuré un non-fumeur..... 2
 j'ai diminué la quantité de cigarettes que je fume.... 3
 je fume la même quantité de cigarettes..... 4
 j'ai augmenté la quantité de cigarettes que je fume.... 5
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAP..... 9

☐ (17)

5. Depuis votre visite au Village Santé, le dimanche 30 mai dernier, avez-vous...

- a) pris un rendez-vous chez votre médecin afin de faire vérifier votre tension artérielle?

oui..... 1
 non..... 2
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAP..... 9

☐ (18)

- b) remplacé une consommation d'alcool par une boisson non alcoolisée au moins à une occasion?

oui..... 1
 non..... 2
 je ne bois pas de boissons alcoolisées... 3
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAP..... 9

☐ (19)

- c) utilisé l'échantillon de fines herbes que nous vous avons remis pour remplacer le sel dans votre alimentation?

oui..... 1
 non..... 2
 je ne l'ai pas reçu.... 3
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAP..... 9

☐ (20)

- d) diminué la quantité de gras dans vos repas ou vos recettes?

oui..... 1
 non..... 2
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAP..... 9

☐ (21)

- e) augmenté la fréquence de votre activité physique?

oui..... 1
 non..... 2
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAP..... 9

☐ (22)

- f) entrepris une démarche afin de perdre du poids ou en gagner?

oui, perdre du poids..... 1
 oui, gagner du poids..... 2
 non, ni l'un ni l'autre..... 3
 non, j'en avais déjà entrepris une afin de perdre du poids.... 4
 non, j'en avais déjà entrepris une afin de gagner du poids.... 5
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAP..... 9

☐ (23)

6. a) Avez-vous des enfants en bas de 18 ans?

oui..... 1
 non..... 2
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAP..... 9

Passez à la
Q. 7

☐ (24)

SI OUI, pourriez-vous nous dire combien?

ne sais pas..... 98
 PR, refus, NAP..... 99

Passez à la
Q. 7

☐ (25-26)

- b) SI LA PERSONNE A UN ENFANT:

Fait-il partie du groupe des 3 à 17 ans?

SI LA PERSONNE A PLUSIEURS ENFANTS:

Est-ce que l'un ou plusieurs de vos enfants font partie du groupe des 3 à 17 ans?

oui..... 1
 non..... 2
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAP..... 9

Passez à la
Q. 7

☐ (27)

- c) **SI OUI:** Suite à votre visite au Village Santé, avez-vous l'intention de parler à votre (vos) enfant(s) des effets nocifs de la cigarette au cours du prochain mois? (LIRE LES ÉNONCÉS 1 à 5)

Définitivement oui..... 1
 Probablement oui..... 2
 Peut-être..... 3
 Probablement non..... 4
 Définitivement non..... 5
 PR, refus, NAF..... 9

☐ (28)

- d) Depuis votre visite au Village Santé, il y a environ deux semaines, avez-vous parlé à votre (vos) enfant(s) des effets nocifs de la cigarette au moins à une occasion?

oui..... 1
 non..... 2
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAF..... 9

☐ (29)

7. Avez-vous pris de l'information sur les activités à faire cet été au Kiosque de Loisirs et Voyages?

oui..... 1
 non..... 2
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAF..... 9

PASSEZ À LA
 Q. 9

☐ (30)

8. **SI OUI:** Dans quelle mesure est-ce que ces informations vous aide dans la planification de vos activités estivales?

Cela vous aide... (LIRE LES ÉNONCÉS)

beaucoup..... 1
 moyennement..... 2
 un peu..... 3
 pas du tout..... 4
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAF..... 9

☐ (31)

9. Parmi les énoncés suivants, lequel choisissez-vous: Les gens qui ont une tension (pression) artérielle élevée ont: (LIRE LES ÉNONCÉS 1 à 5)

des maux de tête..... 1
 des étourdissements..... 2
 des rougeurs au visage..... 3
 toutes ces réponses..... 4
 aucun symptôme..... 5
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAF..... 9

☐ (32)

10. Vrai ou faux: Dès que vous cessez de fumer, le risque d'éventuelles maladies du coeur diminue rapidement.

vrai..... 1
 faux..... 2
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAF..... 9

☐ (33)

11. Vrai ou faux: Les exercices agréables et d'intensité modérée sont les meilleurs exercices pour garder un coeur en santé.

vrai..... 1
 faux..... 2
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAF..... 9

☐ (34)

12. Vrai ou faux: Il est possible de diminuer le gras et le sucre dans nos recettes habituelles sans altérer le goût.

vrai..... 1
 faux..... 2
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAF..... 9

☐ (35)

13. Pensez-vous avoir amélioré vos connaissances sur la santé du coeur, lors de votre visite au Village Santé? (LIRE LES ÉNONCÉS 1 à 4)

oui, beaucoup..... 1
 oui, moyennement..... 2
 oui, un peu..... 3
 non, pas du tout..... 4
 ne sais pas..... 8
 PR, refus, NAF..... 9

☐ (36)

14. Aimerez-vous que le Village Santé se répète? (LIRE LES ÉNONCÉS 1 À 4)

oui, à chaque année..... 1
oui, au 2 ans..... 2
oui, au 5 ans..... 3
non..... 4
ne sais pas..... 8
PR, refus, NAP..... 9

☐ (37)

AVANT DE TERMINER, J'AIMERAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT. SOYEZ ASSURÉ(S) QUE TOUTES VOS RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES, TOUT COMME LES AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS AVEZ FOURNIES DANS CE QUESTIONNAIRE.

15. Quel est votre état matrimonial ou civil? (LIRE LES ÉNONCÉS 1 À 5)

célibataire, jamais marié(e)..... 1
légalement marié(e) ou union de fait.... 2
légalement marié(e) et séparé..... 3
divorcé(e)..... 4
veuf ou veuve..... 5
ne sais pas..... 8
PR, refus, NAP..... 9

☐ (38)

16. Pouvez-vous nous dire dans quelle tranche se situait votre revenu familial en 1992 avant les déductions d'impôt? Était-il de... (LIRE LES ÉNONCÉS 1 À 9)

moins de 10 000 \$..... 01
moins de 20 000 \$..... 02
moins de 30 000 \$..... 03
moins de 40 000 \$..... 04
moins de 50 000 \$..... 05
moins de 60 000 \$..... 06
moins de 70 000 \$..... 07
moins de 80 000 \$..... 08
80 000 \$ et plus..... 09
ne sais pas..... 98
PR, refus, NAP..... 99

☐
(39-40)

17. Quelle langue parlez-vous vous-même le plus souvent à la maison (si vous en parlez plus d'une, laquelle parlez-vous le plus souvent?) (N'ENCERCLEZ QU'UNE RÉPONSE)

Français..... 01
Anglais..... 02
Italien..... 03
Grec..... 04
Espagnol..... 05
Portugais..... 06
Chinois..... 07
Vietnamien..... 08
Arabe..... 09
☐ Autre..... 10

spécifiez: _____
ne sais pas..... 98
PR, refus, NAP..... 99

☐
(41-42)

18. Combien de personnes composent votre ménage, vous incluant?

_____ personnes
ne sais pas..... 98
PR, refus, NAP..... 99

☐
(43-44)

19. Pour compléter le profil de santé de la population qui a visité le Village Santé, pourriez-vous me dire:

a) Quel est votre poids?

_____ Kg..... 1
_____ livres..... 2

ne sais pas..... 988
PR, refus, NAP..... 999

☐ (45)

☐
(46-48)

b) Quelle est votre grandeur?

_____ m _____ cm..... 1
_____ pieds _____ pouces..... 2

ne sais pas..... 988
PR, refus, NAP..... 999

☐ (49)

☐
(50-52)

À COMPLÉTER PAR L'INTERVIEWER

R16. Date de l'entrevue: jour ____

(53-54)

mois ____

(55-56)

R17. Durée de l'entrevue: minutes _____

(57-58)R18. Langue de l'entrevue: Français..... 1
Anglais..... 2☐ (59)R19. Nom de l'interviewer: _____
(Nom de famille, prénom)
(60-65)

(66-71)

ANNEXE 3C
VILLAGE-SANTÉ
GRILLE D'ANALYSE

HALTE: _____
Responsable de la halte: _____

DOCUMENTATION À DISTRIBUER

<u>Titre</u>	<u>Quantité avant</u>	<u>Quantité après</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____

MATÉRIEL PROMOTIONNEL À DISTRIBUER

<u>Description</u>	<u>Quantité avant</u>	<u>Quantité après</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

ACTIVITÉS DE LA HALTE

<u>Description</u>	<u>Nombre de participants</u>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

COMMENTAIRES

Aspects positifs/négatifs de la journée

Recommandations

ANNEXE 4

Dénombrement des participants et de la documentation distribuée ainsi que commentaires et recommandations des responsables des haltes

1- Dénombrement des participants

- Nous estimons qu'environ 3000 personnes ont vu et visité les haltes du Village Santé;
- 498 personnes ont dégusté des boissons non alcoolisées;
- 500 personnes ont reçu un sachet de fines herbes;
- 105 personnes ont eu une évaluation de l'IMC;
- 31 personnes ont fait évaluer leur condition physique;
- 43 familles ont participé au circuit Acti-Famille;
- 125 personnes ont expérimenté la trottinette des neiges;
- Il y a eu 1250 dégustations de punch aux fruits;
- 12 personnes ont soumis des recettes pour le concours de pains et muffins;
- 432 personnes ont dégusté les pains et muffins santé;
- 500 personnes ont dégusté le pop-corn;
- 60 personnes ont visionné la cassette vidéo des "100 watts" sur le tabac;
- 150 personnes ont assisté aux différents numéros de magie;
- 150 personnes étaient présentes au match d'improvisation;
- 86 personnes ont eu un dosage de CO;
- 75 personnes ont pratiqué les manoeuvres de réanimation cardio-respiratoire.

II- Dénombrement de la documentation distribuée

Halte Tension artérielle

- 213 feuillets des moyens non pharmacologiques pour contrôler la tension artérielle;
- 157 fiches d'IMC;
- 80 signets expliquant en quoi consiste une consommation d'alcool;
- 575 dépliants "Le chemin d'une santé meilleure en cinq étapes";
- 120 fiches sur la perte de poids;
- 200 feuillets sur les assaisonnements;
- 380 "roues de santé";
- 50 brochures "Club des cardiaques".

Halte Activité physique

- 72 "Faillirez-vous le test?";
- 14 dépliants "Kino-Québec";
- 138 brochures JEEP 0-2 ans;
- 180 brochures JEEP 2-5 ans;
- 79 dépliants "L'activité physique, un excellent remède";
- 163 dépliants "La marche, une activité pour tous";
- 5 dépliants Viactive (programme pour aîné-es);
- 22 bons de commande "En forme pour la vie" (femmes enceintes);
- 145 brochures "Le garde du corps";
- 65 brochures "Pour mieux vivre".

Halte Alimentation

- 157 brochures "Un coeur en santé";
- 90 dépliants "Le réseau des menus Mieux vivre";
- 62 dépliants "Faites-vous plaisir...demandez les choix";
- 190 brochures "Les modifications de recettes";
- 105 dépliants "Manger mieux, c'est meilleur... même au restaurant";
- 179 dépliants "Des recettes d'hier au goût d'aujourd'hui";
- 137 brochures "Manger au restaurant, pourquoi pas";
- 125 dépliants "Savez-vous modifier vos recettes".

Halte Tabac

- 235 dépliants "Le tabac et vos enfants";
- 200 dépliants "Le tabac et votre coeur";
- 114 dépliants "Les enfants décident mais les parents peuvent faire pencher la balance";
- 64 brochures "Ça vient de s'éteindre";
- 110 brochures "Cesser pour de bon";
- 72 brochures "Le dernier mégot";
- 21 brochures "Les aventuriers de la dernière cigarette";
- 35 guides "À un avenir sans tabac";
- 74 brochures "Comment cesser de fumer et rester de bonne humeur";
- 30 guide de renoncement au tabac;
- 47 dépliants "Parlons de ton coeur et de la cigarette";
- 329 cartes postales "Marc-André Coallier";
- 7 affiches "Marc-André Coallier";

- 49 dépliants "Profil du fumeur";
- 73 dépliants "Vous fumez";
- 70 dépliants "Le saviez-vous".

Halte Loisirs et voyages

- 225 guides touristiques;
- 56 brochures "La cuisine régionale";
- 100 dépliants du "Parc de la Rivière des Mille Îles";
- 114 dépliants "Bois de Belle Rivière, la forêt en métamorphose";
- 82 dépliants "Bois de Belle Rivière, programme d'activités";
- 28 Bulletin Laval;
- 150 dépliants des pistes cyclables;
- 29 dépliants du Théâtre la Grangerit;
- 17 dépliants porte ouverte (circuit de galeries d'art).

III- Commentaires et recommandations des responsables des haltes

- Augmenter le nombre d'intervenants;
- Avoir des mascottes en tout temps sur le site du Village Santé pour animer;
- Avoir l'horaire des activités disponible;
- Produire des affiches qui rendent les messages très visibles;
- Faire le compte de tout le matériel à distribuer avant la journée de l'événement;
- Éloigner les haltes de la scène ou des hauts-parleurs pour faciliter la communication verbale avec les participants;
- Faire préparer des goûters supplémentaires pour palier aux demandes imprévues.

ANNEXE 5

Estimation des ressources humaines consacrées à la production et l'évaluation du Village Santé

<u>Ressources humaines</u>		<u>Jours</u>
1-	Conception	
-	13 personnes	61
2-	Production	
-	66 personnes	66
3-	Évaluation	
-	4 personnes	85
TOTAL:		212 jours

ANNEXE 6A

Estimation des coûts de production du Village Santé

<u>Matériel</u>	<u>Coûts</u>
1- Dépliants	
- JEEP 0-2 (100 copies)	201.00\$
- JEEP 2-5 (100 copies)	201.00\$
- La marche (300 copies)	195.00\$
- Cesser pour de bon (200 copies)	70.00\$
2- Prix	
- 5 livres de recettes	100.00\$
- 5 certificats cadeaux Sports Experts	125.00\$
3- Organisation des activités de production et d'évaluation	
- plastification de bannières	114.79\$
- macarons	358.23\$
- dégustation de punch aux fruits	103.00\$
- divers	156.04\$
	<hr/>
TOTAL:	1624.06\$

ANNEXE 6B**Estimation des coûts d'évaluation du Village Santé**

<u>Description</u>	<u>Coûts</u>
1- Impression des questionnaires	
- prétest n = 900 (2 pages chacun) soit 1800 pages X 0.03 \$/page	54.00\$
- post-test n = 600 (5 pages chacun) soit 3000 pages X 0.03\$/page	90.00\$
	<hr/>
TOTAL:	144.00\$
 2- Traduction des questionnaires en anglais	
- 7 pages X 250 mots/page X 0.20\$/mot plus TPS et TVQ à 15,56%	404.00\$
 3- Interviewers (entrevues sur le site)	
- 13 interviewers X 180.00\$/jour X 1 jour	2340.00\$
- firme de consultants (entrevues téléphoniques de 8-10 minutes)	3625.00\$
 4- Informatisation des données	
- premier questionnaire	412.52\$
	<hr/>
TOTAL:	6925.52\$